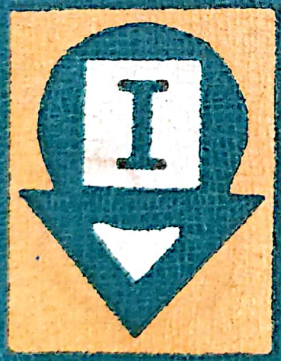
OCTAV RUSU

PROPEDEUTICA GINECOLOGICO-OBSTETRICALĂ



GINECOLOGIA

dacia

Scanned with OKEN Scanner

OCTAV RUSU

PROPEDEUTICA GINECOLOGICO–OBSTETRICALĂ

I

GINECOLOGIA

Colaboratori:

Dr. Beniamin Ardeleanu
Dr. Vladimir P. Băltescu
Dr. Silvia Dorca
Dr. Vladimir Gheţ
Dr. Vasile Idu
Dr. Flaviu Mureşan
Conf. Dr. Ioan Negruţ
Dr. Mihai Pop
Dr. Nicolae Pop Baldi.

EDITURA DACIA
CLUJ-NAPOCA 1974

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Propedeutica de față s-a născut din necesitatea unei cît mai bune instruiri a tinerilor medici obstetricieni-ginecologi, drept considerent major, secondată de faptul că de șaptesprezece ani nu s-a mai editat o carte de ginecologie și obstetrică care să reprezinte școala clujeană.

Azi, cînd poporul nostru clădește o lume nouă, mai bună, mai dreaptă și mai umană — a socialismului — ocrotirea mamei și a copilului a devenit o problemă de stat. Nouă nu ne este indiferent cîți copii se nasc, cum se nasc și ce valoare biologică au. Corpului medical în general — — și în special obstetricianului — îi revine sarcina de a cunoaște și de a lua toate măsurile capabile să ducă la obținerea unor fețI sănătoși, să scadă la minimum posibil riscul materno-fetal perinatal, prevenind și combătînd stările patologice, atît ale mamei cît și ale produsului de concepție.

Trebuie să amintim că obstetrica este, în primul rînd, „fiziologie"; că — la marea majoritate a femeilor — actul de reproducere se desfășoară în condiții normale, fiziologice. Datoria noastră este să facem tot posibilul — și chiar imposibilul — ca fenomenele normale — fiziologice — să nu se transforme în „fenomene patologice".

Dar, pentru aceasta este nevoie de o bună instruire a cadrelor medicale și auxiliare. O corectă asistență la naștere, sau oricare act ginecologic, impune cunoașterea unor noțiuni elementare, care trebuie însușite pentru a putea rezolva cu succes complicațiile care s-ar putea ivi, atît din punct de vedere obstetrical cît și ginecologic.

Din acest motiv, sînt absolut necesare tratatele, manualele, și tot ceea ce vizează o instruire bună.

Propedeutica noastră își ia un loc modest între aceste mijloace de pregătire. Ea dorește să fie un „vade mecum" obstetrical și ginecologic, pentru tineri — studenți și medici de circumscripție — și toți cei ce încep să adîncească și să facă mai eficientă ocrotirea mamei și a copilului, operă atît de minunată.

Deosebirea conceptuală a medicinii moderne de cea veche se găsește în primatul profilaxiei, aceasta fiind rostul muncii în masă — din teren. Azi trăim sub lozinca adevărată „este mai ușor și mai rațional să previi decît să tratezi". Aceasta este, în esență, gîndirea medicinii socialiste, singura care cuprinde realitatea.

Alfabetul obstetrico-ginecologic — „Propedeutica" — sper să fie folositoare în înțelegerea problemelor de fiziologie și patologie a organelor genitale — în stare de negraviditate și sarcină — în unitatea organică generală, în profilaxia cu luarea de măsuri terapeutice adecvate, precum

Scanned with OKEN Scanner

și în stabilirea cazurilor care necesită trimiterea la unități de specialitate și a „urgențelor obstetricale sau ginecologice".

De aceea, noi am urmărit în primul rînd, redarea noțiunilor de bază, pentru înțelegerea actului obstetrical-ginecologic, care trebuie rezolvat. Am evitat în mod deliberat expunerea unor detalii — bune desigur pentru specialist — dar care ar îngreuna înțelegerea faptelor pentru medicul începător. Din acest motiv, socotim important ca — după ce cititorul a parcurs și a fixat noțiunile de bază ce sînt cuprinse în această carte, pentru adîncirea problematicii, să se adreseze monografiilor de specialitate.

Corecta asistență la nașterea fetiței, observarea și îndrumarea în cadrul ginecologiei infantile, atenta urmărire și îndrumarea preconcepțională a genitorilor — pînă la detalii de ordin genetic — dispensarizarea științifică și perseverentă a gravidei, asistența calitativ superioară la naștere, asistența de înaltă calificare a nou-născutului din noua generație, sînt verigile importante ale unui lanț de măsuri ce trebuie să impună rezonanțe favorabile în dezvoltarea normală a produsului de concepție, care trebuie să fie tot mai sănătos, tot mai robust.

Desigur că ocrotirea generală a sănătății, cu măsurile de profilaxie în toate direcțiile — inclusiv accentul pus pe dezvoltarea somato-psihică a tineretului — îngemănată cu creșterea continuă a nivelului de trai, cu asigurarea tot mai bună a necesităților materiale și spirituale ale maselor, care reprezintă strădania și țelul de bază al statului nostru socialist, vor duce la rezolvarea problemelor legate de soarta mamei și a copilului.

Spre această direcție se străduiește propedeutica noastră.

Timpul va hotărî dacă am reușit să fim folositori. Noi o dorim din toată inima, pentru că suprema satisfacție este de a fi contribuit la marea operă a formării tinerilor specialiști.

Noi am acționat conform tradiției școlii clujene — din care avem cinstea de a face parte — creată și conturată de înaintașii noștri: prof. Cr. Grigoriu, prof. Tr. Popovici, prof. N. Coja, prof. D. Căprioară și conf. Sasu, cărora le purtăm sentimente de omagiu, pline de gratitudine.

Pe această cale aducem vii mulțumiri tov. acad. prof. O. Fodor, rectorul Institutului Medico-Farmaceutic pentru sprijinul moral și încurajarea permanentă. Aceleași mulțumiri tov. prof. I. Baciu pentru îndrumările prețioase și de înaltă competență date în anumite probleme de fiziologie.

La acest material a contribuit — sub diverse forme — întregul colectiv al Clinicii I Obstetrică-Ginecologie Cluj. Pe această cale le mulțumim tuturor. La alcătuirea prezentului volum ne-am bucurat de ajutorul tehnico-redacțional al tov. dr. V. Surcel, dr. D. Vinți, dr. V. Iancu, dr. H. Mösler și dr. V. Miclăuș, cărora le mulțumim din suflet. De asemenea sîntem îndatorați tov. desenatoare Ligia Butaș și tov. fotograf Zoltan Mihai care au asigurat iconografia lucrării menită să completeze textul.

Toată recunoștința noastră directorului Editurii Dacia, Al. Căprariu, precum și tov. redactor Felicia Teodor pentru răbdarea, înțelegerea și sprijinul acordat, făcînd posibilă apariția acestei cărți, pe care o închinăm generației tinere de obstetricieni-ginecologi.

Scanned with OKEN Scanner

OBIECTUL ŞI ISTORICUL GINECOLOGIEI ŞI OBSTETRICII

Obstetrica-ginecologia este partea medicinii care studiază morfo-fiziologia normală şi patologică a organelor genitale precum şi procesele biologice ale funcţiei de reproducere, în stare normală şi patologică, considerate în cadrul organismului ca o unitate biologică în relaţia lui cu mediul biologic şi social.

Obstetrica se ocupă de fenomenele caracteristice stării de graviditate iar ginecologia de cele din negraviditate. Aceste două discipline au fost mult timp separate, atît teoretic cît şi practic. Roederer a realizat pentru prima oară contopirea lor, continuată apoi în cadrul dezvoltării medicinii moderne care le-a considerat ca două aspecte care se influenţează reciproc, continuu şi inseparabil. În acest scop s-au şi propus termeni unitari care să evite această separare (Aburel şi colaboratorii au propus noţiunea de genitologie — studiul fenomenelor de reproducere).

În acest context medicul practician va evita să facă o separare netă între cele două laturi ale disciplinei pe care o studiem, luînd întotdeauna în considerare următoarele:

— numai organele genitale sănătoase şi normal dezvoltate pot să asigure o funcţie de reproducere normală. Ginecologia precede şi urmează obstetrica, iar în cadrul ei măsurile de profilaxie au un rol esenţial;

— medicul practician va considera că naşterea este în marea majoritate un act fiziologic şi se va strădui, prin asistenţa sa profilactică şi curativă, ca aceasta să nu devină patologică;

— problemele obstetricale sînt întotdeauna urgente, dar nu rareori cele ginecologice sînt urgenţe, care, neglijate, pot costa viaţa femeii sau pot pregăti un teren patologic obstetrical.

Progresele medicinii moderne au influenţat pozitiv ginecologia şi mai ales obstetrica, unde colaborarea apropiată cu pediatrul ca şi cu alţi specialişti a contribuit la rezolvarea sau ameliorarea unor aspecte patologice grave dar au rămas încă multe probleme neelucidate în care obstetricianul-ginecolog terapeut trebuie să fie înlocuit de obstetrician-ginecologul preventiv.

Scanned with OKEN Scanner

Istoric

Funcţia biologică de reproducere a omului a constituit întotdeauna o problemă esenţială, din primitivism pînă azi, fiind legată, mai mult la început de instinctul social-biologic de perpetuare a speciei, instinct care în cursul evoluţiei omului a fost dominat din ce în ce mai mult de dezvoltarea relaţiilor sociale, de dezvoltarea intelectului.

În prima etapă, a erei primitive, *asistenţa la naştere era empirică, constînd în ajutorul dat de către o femeie mai experimentată, care pregătea după anumite ritualuri învelitori pentru nou-născut, îmbăierea, toaleta parturientei, dădea sfaturi, uneori administra diferite fierturi din plante etc. De obicei aceste ritualuri erau patronate de zeităţi, iar cele care „asistau" naşterea făceau şi descîntece sau rugăciuni pentru rezolvarea „cu bine a naşterii".*

În etapa următoare, în era antică, *pe lîngă aceste „moaşe" apar medicii, care erau foarte rari şi interveneau cînd erau chemaţi de către acestea. Acum se fac primele embriotomii, uneori şi pe făt viu. În ultima parte a acestei etape — epoca de înflorire a sclavagismului şi de dezvoltare a culturii şi ştiinţelor antice — apar primele elemente ştiinţifice de medicină care cuprind şi elemente de teorie şi practică obstetricală. Astfel, din secolul al III-lea î.e.n. — şcoala din Alexandria, şcoala din Milet, cu Hipocrate — pînă în secolul I—II al e.n. — Galien şi alţii — apar cunoştinţe şi aplicaţii practice de obstetrică: extragerea pelviană, versiunea internă, legiferarea cezarienei imediat la moartea mamei pentru extragerea copilului viu etc. Se dezvoltă unele cunoştinţe de terapie ginecologică. Apare prima carte de moaşe a lui Moschion şi scrieri ale lui Cornelius Celsius, Soranus, Galien.*

În etapa evului mediu *se disting mai multe perioade. Prima perioadă (din secolul al IV-lea — al XI-lea e.n.) se caracterizează prin misticism, scolasticism şi dogmatism feroce, toate elementele de practică medicală fiind dominate de religie (creştinism, islamism etc). Asistenţa practică la naştere este acordată de „moaşe empirice" iar pentru evoluţia ei favorabilă se efectuau ritualuri religioase de către membrii clerului. Şcoala arabă dă primele semne de renaştere prin vestitul Avicenna.*

Perioada următoare (sec. al XI-lea — XVI-lea e.n.) *cunoaşte o înflorire a ştiinţelor teoretice şi practice. Se reconsideră cunoştinţele de la Hipocrat şi Galien, apar cărţile medicului Rosslin, ale chirurgului Reif, iar Franţa şi Spania, prin anatomiştii A. Vesale, Faloppe şi bărbierul chirurg Ambroise Paré şi Cuillemeau, caută să ridice obstetrica şi chirurgia la nivelul de ramuri ale medicinii. Se dezvoltă din nou unele practici obstetricale, iar Rousset efectuează prima operaţie cezariană pe femeia vie. Dar şi în această fază lupta cu dogma-*

Scanned with OKEN Scanner

tismul religios și misticismul este grea și mulți învățați cad victime flăcărilor inchiziției.

Perioada de apogeu a **Renașterii** *este în secolul al XVII-lea. Înflorirea și cuceririle artei și culturii din această perioadă prin promotorii lor (Leonardo Da Vinci, Rafael, Michelangelo, Dante), primii savanți din diferite țări (Galileo Galilei, Giordano Bruno, N. Copernic etc.), prin descoperirile lor, contribuie la dezvoltarea medicinii în cadrul acestui avînt general.*

Acum se folosește pentru prima dată ca metodă de explorare obstetricală palparea (M. Scipio — 1601); Mauriceau (1630) înființează la Paris prima maternitate din lume; apare prima generație de medici obstetricieni, care preiau această artă de la moașe. Acum W. Harvey descrie circulația sîngelui (1619), De Graaf- foliculul ovarian (1672), Hamm — spermatozoidul (1667) iar Spallanzani descoperă fecundația. Dewenter descrie bazinul și importanța lui în obstetrică. Chamberlain construiește primul forceps (1620), perfecționat de francezul Levret; Sigault preconizează simfiziotomia. Cercetări importante efectuează Hunter, iar Roederer contopește pentru prima dată obstetrica și ginecologia în „Frauenklinik" de la Götingen.

Etapa modernă *este cea în care medicina și — în cadrul ei — obstetrica se conturează ca o specialitate distinctă prin descoperirile și cercetările marilor obstetricieni ca: Baudeloque, Levret, Tarnier, Pinard, Bar, Brindeau (în Franța), Gromov, Kitter, Slavianski, Sneghirev (în Rusia), Roederer, Bumm, Schröder, Schultze, Stoeckel, Döderlein (în Germania), Smelie, Simpson, Fergusson, (în Anglia), Poro (în Italia) etc. Lejumeau de Kergaradek descoperă auscultația B.C.F., se elaborează tehnica secțiunii cezariene, iar dezvoltarea cunoștințelor de asepsie și antisepsie (Lister, Pasteur), dezvoltă practica obstetricală (prin Braxton Hicks și Semelweiss), dezvoltată și mai mult prin aplicarea anestezicelor generale ca cloroformul (Simpson — 1847) și protoxidul de azot (Clincovici — 1880).*

În țara noastră în 1806 Vaneski *scria prima carte de moașe, Dr. Sporer înființează prima maternitate la Spitalul Pantelimon (1839), iar Dr. Capșa, la Școala Davila și apoi la Facultatea de medicină București, este primul profesor de obstetrică și ginecologie. În 1888 apar primele servicii de ginecologie la Spitalul brîncovenesc condus de Dr. Cantacuzino, apoi la Filantropia (Asaki urmat de C. Ionescu). Clinica ginecologică bucureșteană este creată de profesorul C. Daniel, continuată de D. Săvulescu, N. Coja, E. Aburel și profesorii actuali.*

În 1852 se înființează la Iași *maternitatea Grigore Ghica Vodă, condusă de Dr. Fătu, în 1879 Facultatea de medicină, unde disciplina e condusă de prof. Bastaki apoi de prof. Bejan.*

În Transilvania, în 1853 *apare o școală românească de moașe. O adevărată școală obstetricală și ginecologică se dezvoltă la noi din 1919 sub egida renumitului prof. dr. Cristea Grigoriu (1883—1951), care imprimă o orientare funcțională,*

dinamică și modernă obstetricii și ginecologiei și abordează cu multă previziune aspecte de endocrinologie ginecologică și generală. Școala sa este continuată de talentatul discipol prof. dr. Traian Popovici (1946—1953) apoi de conf. dr. N. Coja (1953—1961), conf. V. Sasu și profesorii actuali de obstetrică și ginecologie.

Școala clujeană, prin dascălii ei valoroși, a creat și creează generații de medici, obstetricieni și ginecologi, care acoperă asistența de obstetrică și ginecologie pe o mare parte din întinsul R.S. România.

Obstetrica și ginecologia **modernă și contemporană** *beneficiază din plin de cuceririle actuale ale științei și tehnicii, orientîndu-se în spiritul celor mai noi teorii confirmate de cercetările și observațiile medicale din întreaga lume. În acest spirit considerînd organismul femeii ca o unitate biologică interdependentă în cadrul relațiilor biologice și sociale umane, care influențează strîns dezvoltarea ei, sănătatea și funcția de reproducere, școala clujeană, orientîndu-se după tendința generală actuală, consideră că medicul și deci obstetrician-ginecologul, au un mare rol profilactic în cadrul acestor relații. De aceea în munca de cercetare științifică, de creare a cadrelor, de asigurare a asistenței de obstetrică și ginecologie un rol important îl are profilaxia, considerată ca măsură activă de ordin general și totodată demonstrată într-o valoroasă activitate științifică coordonată de conducătorii acestei școli.*

În această muncă dificilă și asiduă, școala de obstetrică și ginecologie de la noi primește sprijin ferm și complex din partea conducerii de partid și de stat din țara noastră.

Învățămîntul nostru de obstetrică și ginecologie continuă măreața tradiție a medicinii românești pregătind cadre cu o competență și o înaltă responsabilitate profesională.

Scanned with OKEN Scanner

NOȚIUNI DE MORFO-FIZIOLOGIE A ORGANELOR GENITALE FEMININE

ANATOMIA

NOȚIUNI DE EMBRIOLOGIE

De la începutul vieții intrauterine organele genitale ale fătului se diferențiază sub influența *cromozomilor sexuali*, a *factorilor protoplasmatici ovulari* și apoi a *hormonilor fetali.*

— *Ovarul* se va dezvolta din *epiteliul celomic* și din *mezenchimul subjacent.*

— *Trompele* și *uterul* împreună cu treimea superioară a vaginului iau naștere din *canalele lui Müller.*

Deschiderea acestor canale unite într-un conduct unic, în partea lor inferioară, se face în sinusul urogenital, din a cărui parte posterioară se formează treimea mijlocie și inferioară a vaginului.

— *Organele genitale externe* se dezvoltă din tuberculul genital. Canalele lui Wolff se atrofiază și dispar. Resturi din ele pot da naștere la formațiuni proliferative cum sînt chistele sau tumorile ovariene sau paraovariene. Stimularea canalelor lui Wolff poate fi consecința factorilor hormonali fetali, cum este hiperfuncția corticosuprarenalei, consecința fiind o diferențiere parțial masculină, adică un tablou de pseudohermafroditism feminin.

— Întreg *canalul genital:* himen, vagin, uter, trompe poate prezenta diferite malformații, care se produc în cursul vieții intrauterine, fie prin

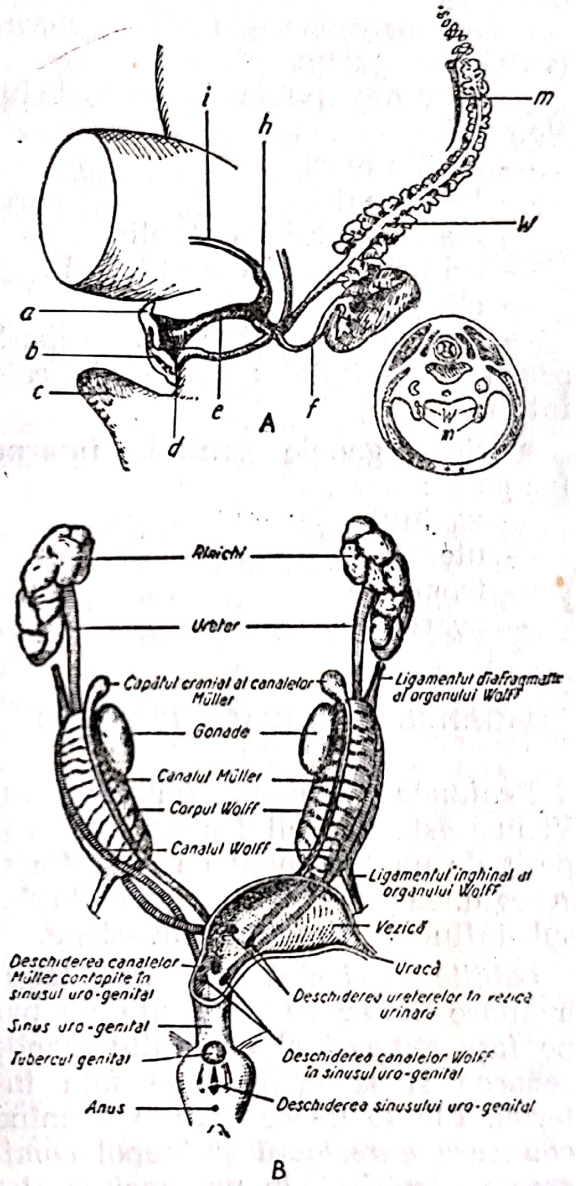


Fig. 1 — Embriogeneza aparatului urogenital la femeie :

A. Schemă a organogenezei urogenitale (după Sbikinani). Începutul dezvoltării canalului Müller (*m*), anterior și medial de canalele mezonefrotice (*W*); tuberculul genital (*a*); membrana cloacală (*b*); coada (*c*); cloaca (*d*); sinus uro-genital (*e*); ureter (*f*); vezica (*h*); diverticulul alantoidian (*i*). B. Organele genitale în stadiul indiferent (după Corning).

lipsa unuia sau ambelor canale Müller, fie prin lipsa unirii totale sau parţiale a celor două canale.

ANATOMIA ORGANELOR GENITALE

Organele genitale feminine se împart în organe genitale *externe* şi *interne*.

• Din organele *genitale externe* (vulva) fac parte:

— regiunea pubiană (muntele lui Venus)
— labiile mari
— labiile mici
— glandele lui Bartholin
— orificiul extern al uretrei
— clitorisul
— himenul (membrană ce separă organele genitale externe de cele interne)

• Din organele *genitale interne* fac parte:

— vaginul
— uterul
— trompele
— ovarele

ORGANELE GENITALE EXTERNE

Regiunea pubiană (muntele lui Venus) este un relief anatomic, acoperit de un tegument cu peri. Ca şi în regiunea perineală tegumentele sînt sub influenţa funcţiunii ovariene.

Labiile mari sînt două cute tegumentare simetrice acoperite de păr pe faţa externă şi cu multe glande sebacee şi sudoripare pe faţa internă. Ele se unesc înainte formînd *comisura anterioară* şi înapoi *comisura posterioară*. În profunzimea lor se află situat corpul vulvar format din *ţesut erectil*.

Labiile mici sau *nimfele* sînt tot nişte cute în care tegumentul suferă o tranziţie către mucoasă.

Glandele lui Bartholin sînt situate în treimea posterioară a labiilor mari, interpuse între bulbul vaginal şi mucoasa vulvară. Orificiul canalului lor de excreţie este situat în unghiul dintre baza labiei mici şi inelul himenal.

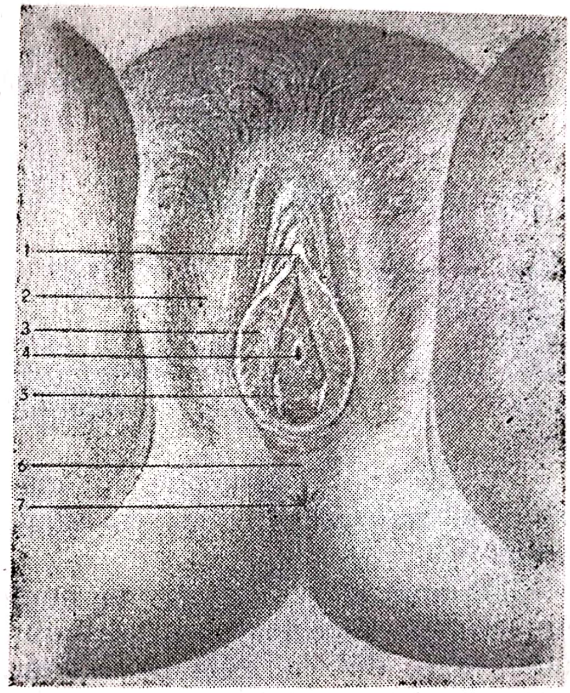


Fig. 2 — *Organele genitale externe* (după R. Schröder):
1 — clitoris; *2* — labia mare; *3* — labia mică; *4* — meatul urinar; *5* — introitul vaginal şi himenul; *6* — rafeul ano-vulvar; *7* — anusul.

Clitorisul este un organ erectil, acoperit de o cută tegumentară, situat înaintea şi deasupra meatului urinar. Clitorisul e format din cei doi corpi cavernoşi inseraţi pe ramurile ischiopubiene. Ei se unesc pe linia mediană pentru a forma corpul clitorisului care se termină cu glandul vascularizat şi conţine corpusculi ai simţului voluptăţii.

• **Clitorisul, nimfele şi meatul urinar** (orificiul extern al uretrei) delimitează un spaţiu triunghiular numit *vestibul*. În această regiune, pe lîngă uretră, se deschid şi canalele glandelor lui Skene.

Scanned with OKEN Scanner

Bulbii vaginali sînt constituienți ai aparatului erectil, alături de clitoris. Ei închid vulva și sînt acoperiți de mușchiul bulbo-cavernos,

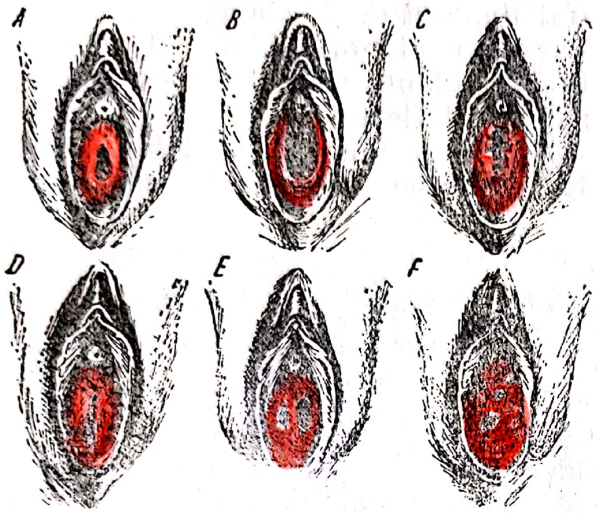


Fig. 3 — *Himenul* (după Marcel-Fabre):
A — Himen anular; *G* — Himen semilunar sau falciform; *C* — Himen franjulat; *D* — Himen bilobat; *E* — Himen biperforat; *F* — Himen cribriform.

care împreună cu cel din partea opusă formează un inel muscular numit **constrictorul vulvar** (sau vaginal)

• Granița între organele genitale externe și cele interne este constituită de o membrană muco-fibro-elastică numită *himen.* Membrana himenală prezintă un orificiu care permite drenarea fluxului menstrual. Acest orificiu prezintă configurații variate (vezi fig. 3).

ORGANELE GENITALE INTERNE

Vaginul este un canal musculo-membranos care unește organele genitale externe cu restul organelor genitale. Cavitatea sa este virtuală. Se fixează circular pe colul uterului formînd un șanț circular care poartă numele de *fund de sac* sau *bolta vaginală.* Deoarece vaginul se inseră mai sus pe col pe fața posterioară, decît pe cea anterioară, fundul de sac posterior este mai adînc.

Vaginul este cuprins între rect, înapoi, și vezica urinară, înainte. În regiunea fundului de sac posterior, peretele vaginal este în contact intim cu fundul de sac peritoneal a lui Douglas pe 2—3 cm lungime spațiu de *o reală semnificație practică,* întrucît aci se *colectează secrețiile* seroase, purulente sau sîngele din cavitatea abdominală și constituie, prin **puncția** care se poate efectua transvaginal, un important element de diagnostic; mai cu seamă în *abdomenul acut genital.*

Din punct de vedere **histologic** peretele vaginal este format în exterior de un strat muscular și în interior de un strat mucos epitelial pavimentos pluristratificat fără glande. Suprafața mucoasei vaginale formează *cute transversale* care sînt mai reliefate pe linia mediană a peretelui anterior și posterior (coloanele vaginale). Deși epiteliul vaginal *nu conține glande* totuși există o secreție în vagin care provine din glandele colului și din descuamarea celulelor epiteliale dezintegrate sub influența hormonilor genitali. Epiteliul vaginal este un *receptor* al *funcției ovariene,* modificîndu-se ciclic, constituind un valoros criteriu al activității ovariene și al tratamentelor hormonale prin *investigația citohormonală. Metoda citodiagnostică* este un criteriu precoce în investigația neoplasmului genital, prin prelevarea secreției vaginale.

Uterul este un *organ musculos cavitar,* în care au loc importante fenomene legate de gestație și de naștere. Constituie segmentul intermediar între vagin și trompe. Se compune din *col, istm* și *corp.* Cavitatea este triunghiulară și virtuală.

Scanned with OKEN Scanner

Colul uterin este conic şi este separat de linia inserţiei vaginului într-o porţiune *intravaginală* şi una *supravaginală*. Porţiunea intravaginală prezintă în centrul ei deschi-

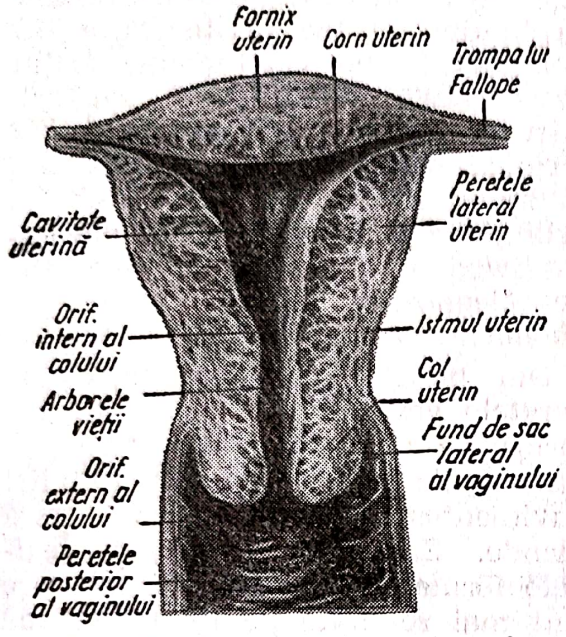


Fig. 4 — *Uterul privit prin secţiune frontală* (după Marcel-Fabre)

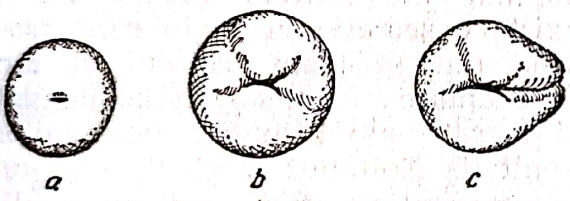


Fig. 5 — *Colul uterin* (după Winkler): *a* — de nulipară; *b* — de multipară; *c* — multipară cu ruptură cicatrizată.

derea canalului cervical prin *orificiul extern*. Canalul cervical se continuă în sus în porţiunea supravaginală deschizîndu-se în cavitatea uterină printr-un orificiu numit *orificiul intern*.

Corpul uterin este supus *influenţei hormonilor ovarieni* şi *puerperalităţii* mai mult decît celelalte segmente ale aparatului genital. Corpul este implantat oblic faţă de vagin, axul uterului făcînd cu axul vaginului un unghi deschis înainte, *unghiul de versiune*. Înclinaţia uterului pe vagin poate varia în mod fiziologic sau patologic. Axul corpului uterin face cu axul colului uterin un unghi deschis înainte, denumit *unghiul de flexiune*.

• În mod normal, uterul este situat în planul sagital, uşor anteversat şi anteflectat.

Uterul are o *mare mobilitate* şi îşi menţine poziţia datorită liga-

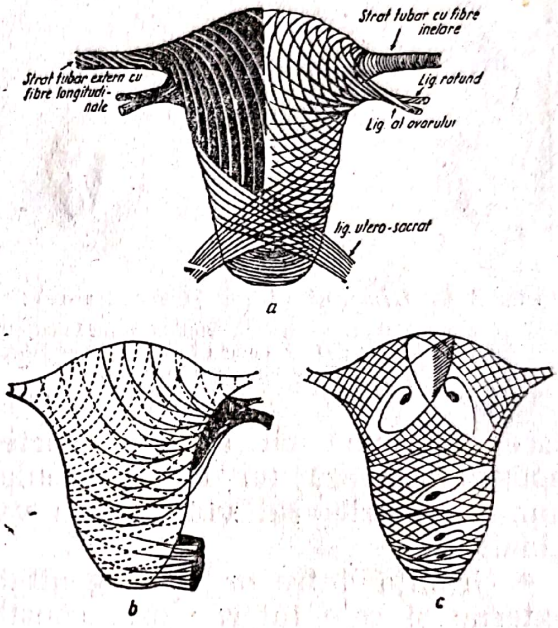


Fig. 6 — *Schema dispoziţiei fibrelor musculare în uter* (după Hoffman şi Bayer): *a* — dispoziţia generală a fibrelor; *b* — schema dispoziţiei fibrelor după concepţia lui Goertler; *c* — dispoziţia în spirală a fibrelor musculare.

mentelor sale: *largi*, *rotunde* şi *uterosacrate*. În afară de acestea uterul mai este menţinut şi de *ţesutul conjuctiv pelvian (parametrele)*, cît şi de sistemul de susţinere constituit din *planşeul pelviperineal*.

• Peretele corpului uterin este constituit dintr-un strat muscular dens — *miometrul* — căptuşit la interior de o mucoasă — *endometrul* — şi tapetat înspre cavitatea peritoneală de peritoneu — *perimetrul*.

Scanned with OKEN Scanner

Structura morfologică a miometrului prezintă importanţă în înţelegerea dezvoltării din timpul gestaţiei şi a dinamicii uterine din travaliu. Complexa sa arhitectură a ridicat foarte multe discuţii. Contribuţia şcolii sovietice, prin Lebedev a clarificat şi acest aspect: uterul care provine din canalul Müller, are două straturi musculare, unul extern, longitudinal — *perimiometrul* — şi unul intern circular — *arhimiometrul*. Între ele se dezvoltă un al treilea strat, ce derivă dintr-o întreţesere a unor unităţi musculovasculare (metroni) formate pe seama elementelor adventiţiale ale vaselor — *neomiometrul*. După această concepţie dezvoltarea uterului în cursul gestaţiei s-ar realiza pe seama neomiometrului.

Pentru a explica unele particularităţi ale uterului gravid, unii autori descriu stratul plexiform ca fiind alcătuit din fascicule musculare lungi şi lăţite, dispuse ca foile bulbului de ceapă sau întreţesute ca plasa unui hamac.

• *Goertler* construieşte o arhitectonică complicată formată din unităţi structurale lungi, spiralate, dispuse ca arcul unui ceasornic (cu

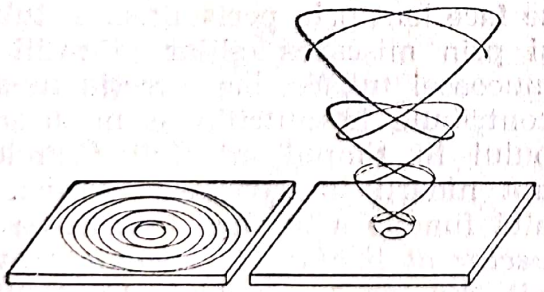
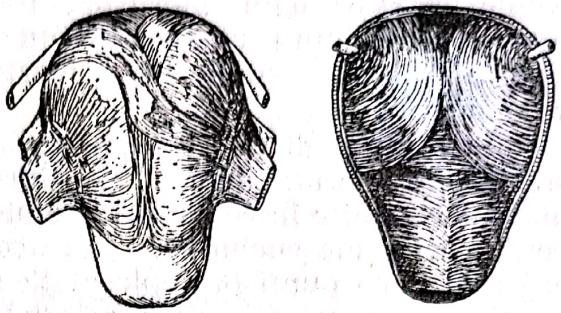


Fig. 7 — *Schema dispoziţiei spiralate a fibrelor musculare uterine* după concepţia lui Goertler (după Stoeckel).

un capăt fixat mai sus la exterior şi un capăt fixat mai jos în interior). Aceste sisteme musculare provin din *arhimiometrul müllerian* şi, continuînd fibrele circulare ale trompelor, se întreţes. Prin derularea acestor spirale musculare, cresc dimensiunile corpului uterin în sens trans-



a *b*

Fig. 8 — *Dispoziţia straturilor musculare uterine* (după Testut):
a — stratul extern; *b* — stratul intern.

versal şi longitudinal, iar prin verticalizarea celor din regiunea istmică se *formează segmentul uterin*, numit segment inferior, ce apare spre sfîrşitul graviditătii.

Această construcţie arhitectonică complicată rezultă din dezvoltarea peretelui uterin în cursul sarcinii, pe seama stratului plexiform, în care se petrec toate fenomenele de hiperplazie, hipertrofie şi metaplazie. Stratul plexiform este o *unitate morfodinamică*.

La nivelul corpului, aceste fibre comasate în fascicule se dispun în trei straturi: un strat *intern* circular subţire (arhimiometrul derivat din canalele lui Müller); unul *extern* longitudinal ansiform, cu expansiuni în ligamentele uterosacrate şi Mackenroth (perimiometrul derivat şi el din canalele lui Müller) şi un strat *intermediar* cu structură lamelară plexiformă (neomiometrul).

La *nivelul istmului* întîlnim aceeaşi structură musculară în general, dar cu straturile mult mai subţiri, cu o densitate scăzută a fasciculelor musculare şi dezvoltarea în schimb a unui ţesut conjunctivo-elastic.

Scanned with OKEN Scanner

La *nivelul colului* uterin se constată o musculatură dezvoltată în contul stratului plexiform, constituind un sfincter important la nivelul orificiului cervical intern. Restul colului ca și orificiul extern prezintă numai o structură vasculo-conjunctivă; fibrele musculare fiind foarte rare și dispersate.

• În gestație și în evoluția ei, în *stratul plexiform,* alături de fibre musculare, unite între ele prin celule conjunctive mezenchimale (elastice, argentafile cu punți protoplasmatice) se găsesc numeroase vase arteriale cu un perete propriu, destul de redus, muscular și elastic, de asemenea, vase venoase mari al căror perete este redus pe alocuri numai la un endoteliu ce căptușește cavitățile dintre fibrele musculare. Se constituie astfel *lacuri* sau *sinusuri venoase,* la care s-au descris formații sfincteriene, cu rol în circulație.

În peretele muscular se găsesc fibre nervoase amielinice frecvente și celule nervoase cu capacitate neuroendocrină, ce eliberează mediatori chimici, cunoscute sub denumirea de *celule interstițiale.*

• Din punct de vedere al **capacității dinamice** la naștere, corpul este cel mai puternic, devenind singurul element activ, în timp ce istmul, devenit segment inferior, slab constituit muscular, este învins și destins, la fel ca și colul, în mod pasiv.

Endometrul este format dintr-un epiteliu *cilindric ciliat unistratificat,* care trimite în adîncime tubi glandulari. Acest strat este supus unor remanieri profunde în timpul ciclului menstrual, elementele lui **recepționînd hormonii ovarieni.** La nivelul colului acest epiteliu secretă mucus. La nivelul orificiului extern se continuă cu epiteliul *pavimentos,* care conferă fața intravaginală a colului. În *zona de trecere* apar cel mai adeseori **neoplaziile colului uterin.**

Trompele, tubele sau *salpingele* sînt organe canaliculare ce se deschid liber în peritoneu cu un capăt, iar cu celălalt se deschid în cavitatea uterină. Se deosebesc:

— o porțiune în grosimea peretelui uterin — *interstițială* — cu orificiul tubo-uterin (ostium uterinum);

— o porțiune *istmică;*

— o porțiune *ampulară,* mai largă și flexuoasă;

— la capătul peritoneal al trompei se deschide ca o pîlnie *pavilionul* (în jurul ovarului), cu orificiul tubo-abdominal (ostium abdominale). Marginea pavilionului este dantelată, cu o prelungire ce se aplică pe vecinătatea ovarului: *fimbria ovarica.*

Structura trompei cuprinde trei straturi: *mucoasa,* formată din un epiteliu unistratificat cilindric și ciliat, un strat din fibre *musculare* subțiri, acoperit de *seroasa* peritoneală (al treilea strat).

• Trompa prezintă un mic *mezou* (mezosalpinx), care este format de peritoneu, și prin care ea primește vasele și nervii. Rolul trompei este de a capta ovulul și a-l conduce după fecundație spre uter. Migrația oului se face lent prin peristaltismul tubar și prin mișcarea cililor vibratili ai mucoasei tubare, iar secreția tubară contribuie la nutriția și maturarea oului în timpul migrării făcîndu-l apt nidării în cavitatea uterină. O altă funcție a trompei este aceea de *vector al lichidului folicular* provenit din ponta ovulară. Conținutul hormonal al acestui lichid, favorabil mucoasei utero-tubare, contribuie la creșterea posibilităților de fecundație a spermatozoizilor.

Ovarele reprezintă glandele sexuale feminine și sînt situate în pelvis, de o parte și de alta a uterului,

Scanned with OKEN Scanner

La *nivelul colului* uterin se constată o musculatură dezvoltată în contul stratului plexiform, constituind un sfincter important la nivelul orificiului cervical intern. Restul colului ca și orificiul extern prezintă numai o structură vasculo-conjunctivă; fibrele musculare fiind foarte rare și dispersate.

• În gestație și în evoluția ei, în *stratul plexiform*, alături de fibre musculare, unite între ele prin celule conjunctive mezenchimale (elastice, argentafile cu punți protoplasmatice) se găsesc numeroase vase arteriale cu un perete propriu, destul de redus, muscular și elastic, de asemenea, vase venoase mari al căror perete este redus pe alocuri numai la un endoteliu ce căptușește cavitățile dintre fibrele musculare. Se constituie astfel *lacuri* sau *sinusuri venoase*, la care s-au descris formații sfincteriene, cu rol în circulație.

În peretele muscular se găsesc fibre nervoase amielinice frecvente și celule nervoase cu capacitate neuroendocrină, ce eliberează mediatori chimici, cunoscute sub denumirea de *celule interstițiale*.

• Din punct de vedere al **capacității dinamice** la naștere, corpul este cel mai puternic, devenind singurul element activ, în timp ce istmul, devenit segment inferior, slab constituit muscular, este învins și destins, la fel ca și colul, în mod pasiv.

Endometrul este format dintr-un epiteliu *cilindric ciliat unistratificat*, care trimite în adîncime tubi glandulari. Acest strat este supus unor remanieri profunde în timpul ciclului menstrual, elementele lui **recepționînd hormonii ovarieni.** La nivelul colului acest epiteliu secretă mucus. La nivelul orificiului extern se continuă cu epiteliul *pavimentos*, care conferă fața intravaginală a colului. În *zona de trecere* apar cel mai adeseori **neoplaziile colului uterin.**

Trompele, tubele sau *salpingele* sînt organe canaliculare ce se deschid liber în peritoneu cu un capăt, iar cu celălalt se deschid în cavitatea uterină. Se deosebesc:

— o porțiune în grosimea peretelui uterin — *interstițială* — cu orificiul tubo-uterin (ostium uterinum);

— o porțiune *istmică;*

— o porțiune *ampulară,* mai largă și flexuoasă;

— la capătul peritoneal al trompei se deschide ca o pîlnie *pavilionul* (în jurul ovarului), cu orificiul tubo-abdominal (ostium abdominale). Marginea pavilionului este dantelată, cu o prelungire ce se aplică pe vecinătatea ovarului: *fimbria ovarica.*

Structura trompei cuprinde trei straturi: *mucoasa,* formată din un epiteliu unistratificat cilindric și ciliat, un strat din fibre *musculare* subțiri, acoperit de *seroasa* peritoneală (al treilea strat).

• Trompa prezintă un mic *mezou* (mezosalpinx), care este format de peritoneu, și prin care ea primește vasele și nervii. Rolul trompei este de a capta ovulul și a-l conduce după fecundație spre uter. Migrația oului se face lent prin peristaltismul tubar și prin mișcarea cililor vibratili ai mucoasei tubare, iar secreția tubară contribuie la nutriția și maturarea oului în timpul migrării făcîndu-l apt nidării în cavitatea uterină. O altă funcție a trompei este aceea de *vector al lichidului folicular* provenit din ponta ovulară. Conținutul hormonal al acestui lichid, favorabil mucoasei utero-tubare, contribuie la creșterea posibilităților de fecundație a spermatozoizilor.

Ovarele reprezintă glandele sexuale feminine și sînt situate în pelvis, de o parte și de alta a uterului,

Scanned with OKEN Scanner

într-o fosetă pe peretele lateral al pelvisului, numită *foseta ovariană* (înapoia ligamentului larg şi a trompei). Sînt de mărimea unor nuci

din două straturi: periferic (extern) şi central (intern).

Primul este numit *corticală*, iar al doilea *medulară*. Corticala conţine

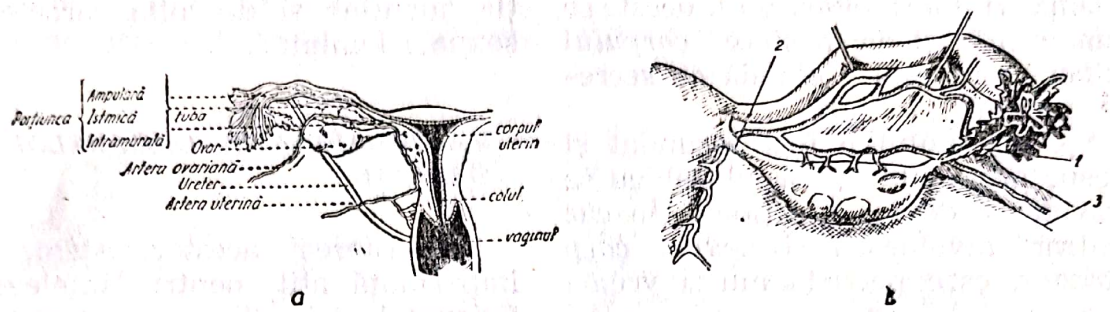


Fig. 9 — *Organele genitale interne ale femeii:*
a — secţiune frontală şi vascularizaţia ovarului (schemă); *b* — trompa, salpingele sau tuba (după Marcel-Fabre)
1 — Fimbria ovarii; *2* — ligamentul propriu al ovarului; *3* — ligamentul suspensor al ovarului.

uscate, au o culoare albicioasă şi prezintă suprafaţa neregulată cu numeroase cicatrice şi şanţuri (la femei în plină activitate genitală).

Este singurul organ din cavitatea abdominală neacoperit de peritoneu, acesta oprindu-se la nivelul hilului ovarian.

Ovarul este un organ relativ mobil, ligamentele sale fiind foarte laxe. Ovarele şi trompele alcătuiesc anexele uterului. Ovarul este format

foliculi ovarieni în diferite stadii de dezvoltare, corpul galben şi ţesutul conjunctiv. Foliculii ovarului conţin *celula de reproducere* feminină, numită ovul. Foliculii ovarieni se deosebesc după gradul lor de maturitate în: *primordiali, pe cale de creştere,* şi *maturi* (foliculul de Graaff).

Cei primordiali nu au conţinut lichidian şi evoluează spre foliculul matur, veziculos (cavitar) cu conţinut în lichid folicular. Foliculul

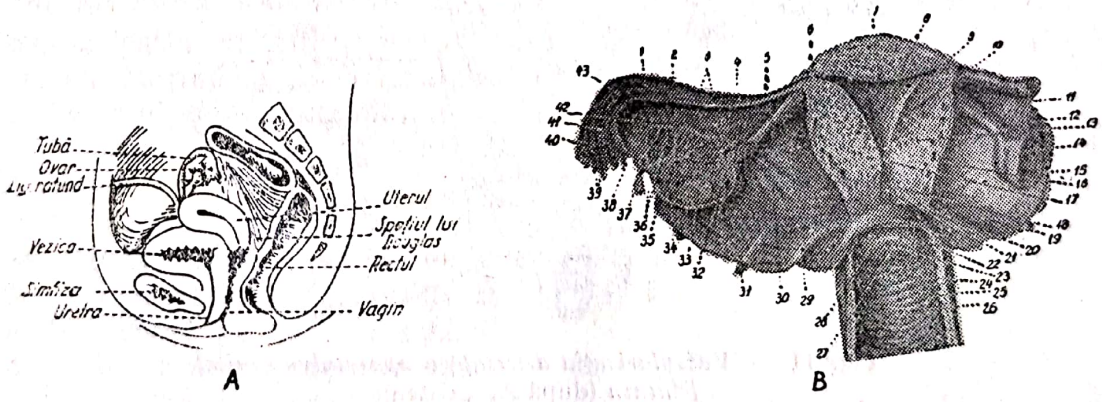


Fig. 10 — *Ansamblul organelor genitale interne.* Raporturi.

A. Secţiune sagitală (după Winkler). B. Secţiune frontală (după Kiss F. şi Szentgothai J.): 1,40 — Plicele ampulare; *2* — trompa uterină (Fallope) *3* — plicele istmice; *4* — istmul trompei; *5* — seg. utero ovarian; *6* — ostium uterin al trompei; *7* — fundul uterin; *8* — cavitatea uterină; *9* — segmentul intramural al trompei uterine; *10* — endometrul; *11* — mezosalpinx; *12* — mezoovarul; *13* — miometrul; *14, 34* — ovarele; *15,30* — seg. lateral uterin; *16* — seroasa peritoneo-uterină; *17* — istmul uterin; *18* — plicele palmate; *19* — artera uterină; *20* — colul uterin; *21* — canalul cervical uterin; *22* — segmentul vaginal al uterului; *23* — orificiul extern uterin; *24* — plici rugoase vaginale; *25* — per. ant. vaginal; *26* — vaginul; *27* — buza anterioară a colului; *28* — buza posterioară a colului; *29* — plicele sacro-uterine; *32* — foliculi veziculari; *33* — corpul galben; *35* — marginea mezoovarului; *36* — canalul transvers al epooforului; *37* — apendice vezicular (Morgagni); *38* — fimbria ovariană; *39* — fimbria tubară; *41* — infundibulul; *42* — canalul longitudinal al epooforului; *43* — ampula trompei uterine.

crește și *se maturizează*, se situează către suprafața ovarului și, ajuns la maturitate, își elimină ovulul în cavitatea peritoneală.

După *ruptura foliculului*, acesta se *transformă* și dă naștere *corpului galben*, care este o glandă cu secreție internă.

• Cînd ovulul a fost fecundat și începe graviditatea, corpul galben se dezvoltă și devine funcțional. În caz contrar, involuează și devine *corp albicans*, care persistă multă vreme în ovar.

determinînd *gestația*. Pe de altă parte *secretă hormonii sexuali*, care pregătesc organele genitale în vederea graviditații, îi protejează evoluția, menține și dezvoltă caracterele sexuale feminine.

VASCULARIZAȚIA ORGANELOR GENITALE

Cunoașterea acestor sisteme are importanță atît pentru înțelegerea fiziopatologiei, cît și pentru practica

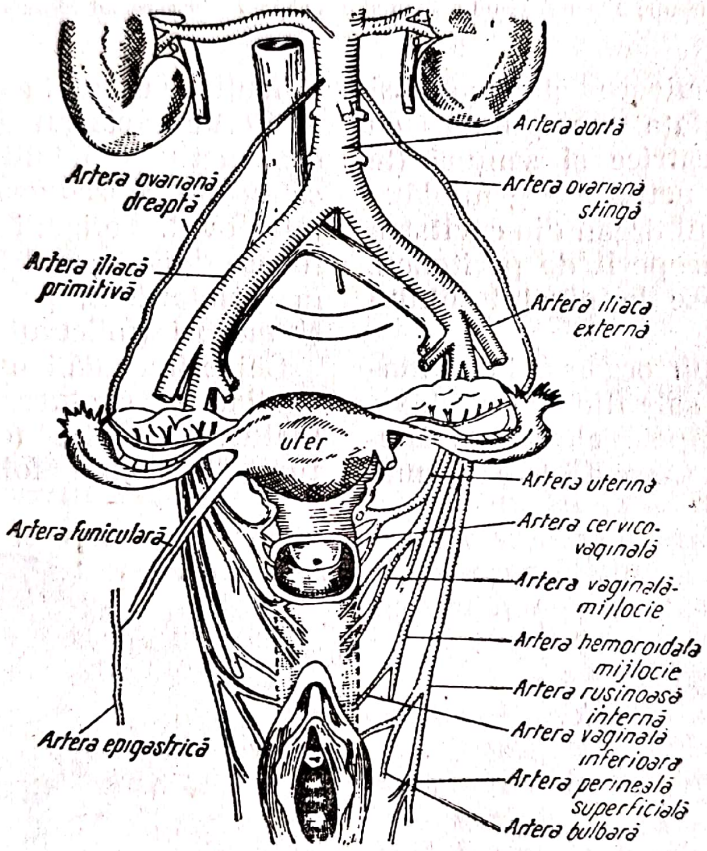


Fig. 11 — *Vascularizația arterială a aparatului genital feminin* (după A. Cristea).

Medulara ovarului este foarte vascularizată, conține țesut conjunctiv, fibre elastice și numeroase fibre musculare netede.

• Ovarul produce *ovulul*, care, după fecundare, dă naștere *oului*,

obstetrico-ginecologică: *analgezie, intervenții obstetricale și chirurgicale.*

Vascularizația este asigurată de artere, vene și limfatice.

Sistemul arterial: Organele genitale *externe* sînt irigate de artera

ruşinoasă internă, ramură a arterei hipogastrice (iliaca internă) şi artera *ruşinoasă externă,* care vine din artera femurală.

Organele genitale *interne* sînt irigate de *artera uterină, artera ovariană* (care se anastomozează în traiectul lor sub trompă) şi *artera ligamentului rotund, artera funiculară,* ramură din epigastrică şi *artera ligamentului sacru uterin.*

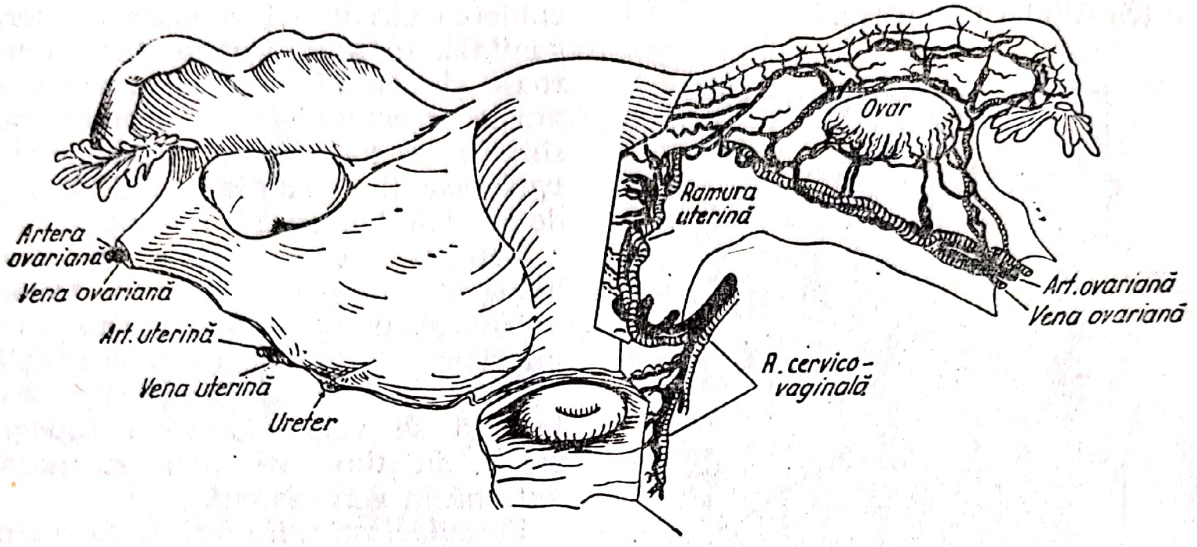


Fig. 12 — *Prezentare schematică a vascularizaţiei uterului şi a anexelor* (după V. Stoeckel).

Vascularizaţia uterului este dată de artera uterină şi de artera ovariană. De mai mică importanţă sînt artera funiculară şi a ligamentului sacru uterin.

Artera uterină este o ramură a arterei hipogastrice, este în raport imediat cu ureterul, chiar de la originea sa, raport pe care îl schimbă ulterior. În prima porţiune artera uterină coboară pe peretele lateral al escavaţiei pelviene, apoi pătrunde în ligamentul larg, se îndreaptă înăuntru şi *încrucişează ureterul la nivelul istmului uterin* (la aproximativ 2 cm de istm) şi urcă apoi de-a lungul marginilor uterine dînd numeroase ramuri pentru corp şi col: *artera cervico-vaginală,* o *ramură ovariană,* care se anastomozează cu artera ovariană şi o *ramură tubară.*

• *Artera uterină* prezintă o serie de spirale ce permit întinderea ei în timpul gravidităţii. Ele se termină pe linia mediană a uterului şi sînt foarte slab reprezentate la nivelul istmului, element important pentru inciziile din operaţia cezariană, care se practică în această zonă, slab vascularizată. Dinamica circulatorie este strîns legată de dinamica uterină (fenomen important atît pentru miometru cît şi pentru făt).

• *Vascularizaţia endometrului* la femeie ca şi la unele primate are un caracter particular:

— *arterele* ramurilor musculare, pătrund în endometru şi iau numele de *artere de bază.* Fiecare arteră de bază dă: *ramuri colaterale* care se termină prin reţele capilare în stratul bazal şi o *ramură terminală: artera spiralată* care irigă stratul funcţional al endometrului, realizînd reţele capilare superficiale, reglate prin sfincterele precapilare.

Venele. S-au semnalat *anastomoze arterio-venoase* în partea superficială a stratului funcţional (Schlegel) ce apar în perioada a doua a ciclului şi nu devin funcţionale decît în menstruaţie. Capilarele arteriale se varsă direct în vene — nu există reţea capilară venoasă.

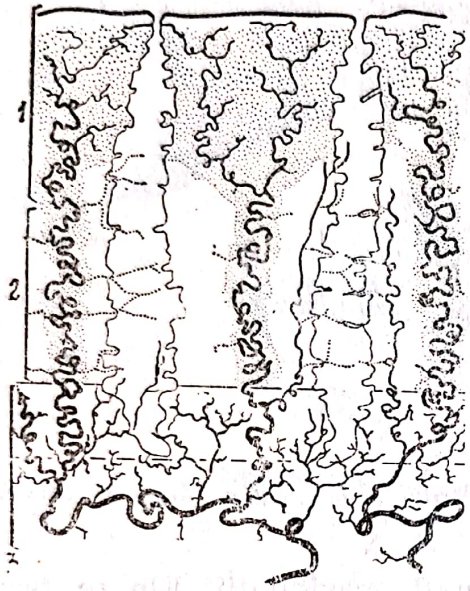


Fig. 13 — *Arterele în spirală:* ele pătrund în endometru pornind din miometru (după revista *Organon*) :
1 — Stratul funcţional endometrial care se descuamează; *2* — Stratul endometrial profund; *3* — Miometru.

Vaginul este irigat de arterele vaginale şi hemoroidala medie (ramuri din hipogastrică) şi artera cervico-vaginală (ramură din artera uterină).

Trompa este irigată de artera uterină şi ovariană.

Ovarul de artera ovariană, care pleacă din aortă, coboară pe dinaintea ureterului şi ajunge la ovar prin ligamentul lombo-ovarian, dînd trei ramuri: una pentru ovar, a doua pentru trompă şi a treia se anastomozează cu o ramură a arterei uterine.

Sistemul venos formează plexuri bogate care explică posibilitatea apariţiei hemoragiilor masive, a dificultăţilor în hemostază şi a trombozelor.

În general, venele urmează traiectul arterelor, alcătuind plexurile *ovarian, utero-vaginal* şi *pampiniform.* Din cauza numeroasele anastomoze practic este imposibilă închiderea circulaţiei venoase în sfera genitală. În uter, venele sînt numeroase şi voluminoase, formează plexurile *subepiteliale* şi *submucoase,* sînt *lipsite de valvule* şi pot deveni *varicoase* (în gestaţie); cînd se rup determină hemoragii interne.

Venele uterine ajung în vena hipogastrică, — venele utero-ovariene ajung, la dreapta, în vena cavă inferioară, la stînga, în vena renală.

Vena vaginală şi vena ruşinoasă internă se varsă în vena hipogastrică, în timp ce vena ruşinoasă externă în vena safenă.

Vascularizaţia limfatică. Segmentele aparatului genital aparţin la grupe ganglionare îndepărtate.

Limfaticele *ovarului* se varsă în ganglionii lombo-aortici. Limfaticele *corpului uterin* se varsă în ganglionii lombo-aortici, în ganglionii iliaci şi în ganglionii inghinali. Limfaticele *colului* se varsă în ganglioni hipogastrici, iliaci şi sacraţi. Limfaticele *vaginului* în ganglionii hipogastrici şi iliaci.

Limfaticele *organelor genitale externe* se varsă în ganglionii inghinali şi hipogastrici.

• *Cunoaşterea circulaţiei limfatice este importantă pentru urmărirea metastazelor şi a difuzării inflamaţiilor.*

INERVAŢIA APARATULUI GENITAL FEMININ

Inervaţia aparatului genital este *complexă.*

Organele genitale *interne* primesc ramuri din plexul lombo-ovarian şi

Scanned with OKEN Scanner

din plexul hipogastric inferior, în mijlocul căruia se identifică **ganglionii lui De Lee-Frankenhäuser.**

Ramurile nervoase ce pleacă din plexul hipogastric sînt *mixte*. Ele controlează atît funcţia *senzitivă*,

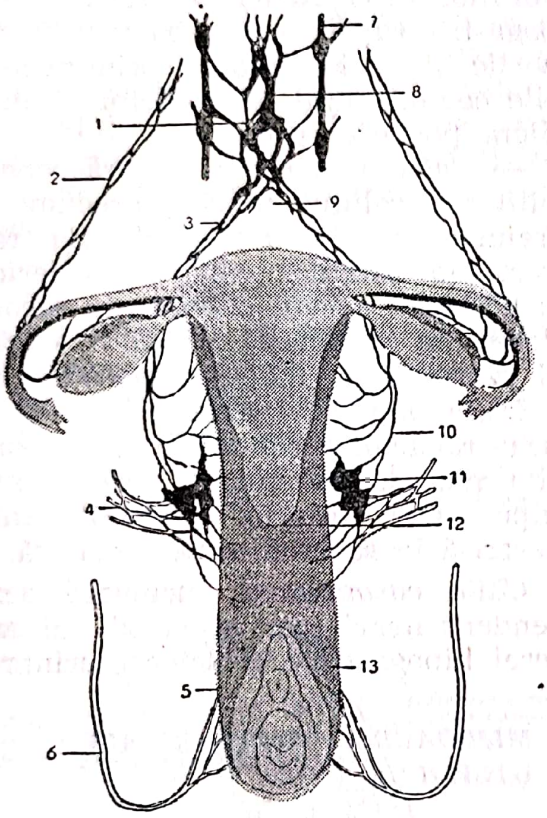


Fig. 14 — *Inervaţia organelor genitale ale femeii* (după H. Martius)

1 — ganglion mezenteric caudal; *2* — plexul ovarian drept; *3* — plexul hipogastric drept; *4* — nervii pelvici parasimpatici din măduva sacrată prin plexul sacrat; *5* — nervul dorsal al clitorisului; *6* — nervul ruşinos; *7* — lanţul ganglionar; *8* — plexul hipogastric cranial; *9* — nivelul promontoriului; *10* — plexul utero-vaginal; *11* — ganglionul lui Frankenhäuser; *12* — nivelul colului; *13* — nervii perineali.

cît şi cea *motrică, vasomotrică* a uterului, vaginului, vezicii şi a rectului.

Plexul pelvic are aspectul unei lame late, situat pe laturile colului uterin. Primeşte ramuri din *plexul lombo-aortic* (nervii hipogastrici), care la nivelul promontoriului, formează *nervul presacrat,* din plexul *sacrat* (nervul erigens) şi cîteva filete nervoase din *nervul ruşinos intern.*

Inervaţia uterului este dată în cea mai mare parte de plexul pelvic. Mai participă *nervul abdomino-genital* şi filete din *plexul ovarian.* Plexul ovarian este alcătuit de ra-

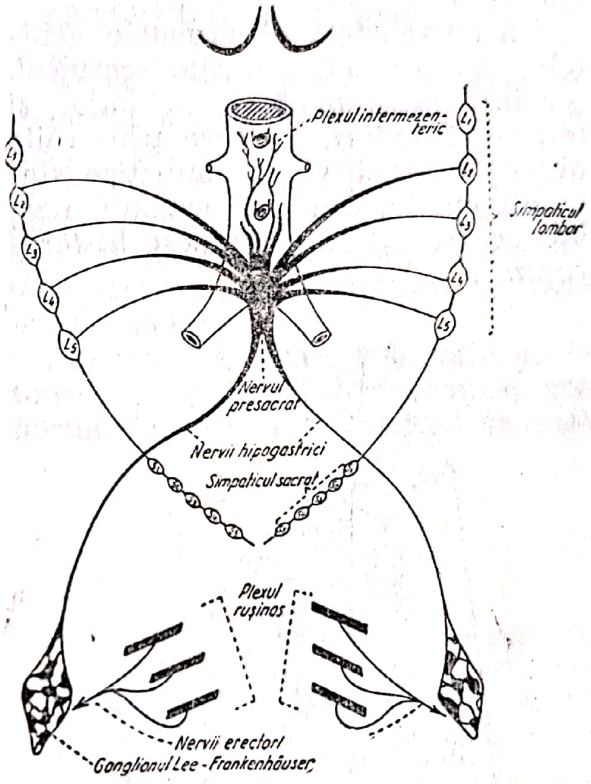


Fig. 15 — *Constituţia plexului hipogastric* (după B. Jamain).

muri ce vin din plexul lombo-aortic. Inervaţia corpului uterin este separată de inervaţia colului (nervul lui Latarjet). Infiltraţiile cu novocaină a plexului pelvic diminuă durerile din travaliu şi din intervenţiile ginecologice.

Inervaţia *ovarului* provine din plexul lombo-ovarian, în timp ce a *trompei,* în parte din acelaşi plex şi din plexul pelvic.

Inervaţia *vaginului* este dată de plexul pelvic şi de plexul sacrat.

Scanned with OKEN Scanner

Organele genitale *externe* și treimea inferioară a vaginului sînt inervate de *nervul ruşinos intern*, care vine din plexul sacrat. *Labiile mari* și *pielea regiunii pubiene* și *supra-pubiene* sînt inervate de *nervul marele* și *micul abdomino-genital* (numit și *ilio-hipogastric* și *ilio-inghinal*).

S-a demonstrat că organele genitale, *în special canalul cervical*, conţin: *mecano, baro, chimio* și *termo receptori*, — care prin căile nervoase senzitive și simpatice sînt în directă legătură cu sistemul nervos central. Se mai numesc *histero-ceptori*.

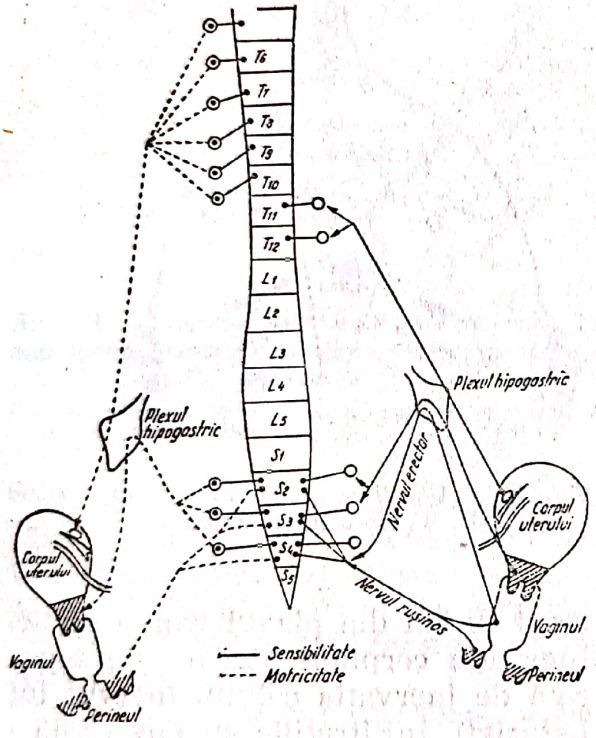


Fig. 16 — ***Inervaţia senzitivă și motorie a uterului*** **(după B. Jamain).**

Din punct de vedere funcţional deosebim inervaţii extrinsece: căile senzitive, căile motorii și căile vasomotorii.

Căile senzitive cuprind: calea *principală* — superioară (sau ascendentă) calea senzitivă *secundară* inferioară (sau joasă):

— *Calea principală* asigură inervaţia senzitivă a corpului și istmului uterin inclusiv orificiul intern cervical. Ea urmează plexul hipogastric inferior, calea ascendentă a nervilor hipogastrici, a plexului hipogastric superior, a plexului lombo-aortic și se racordează prin ramurile comunicante, la rădăcinile rahidiene posterioare D_{12}—L_1.

— *Calea secundară* asigură sensibilitatea colului uterin precum și treimea superioară vaginală. Ea traversează plexul hipogastric inferior și urmează nervul pelvian, se racordează cu rădăcinile plexului sacrat și pătrunde în măduva sacrată.

Căile motorii părăsesc măduva prin rădăcinile rahidiene anterioare și urmează, descendent, spre plexul hipogastric inferior aceeași cale descrisă la sensibilitatea senzitivă.

Căile vasomotorii urmează descendent nervii perivasculari ai arterei hipogastrice și arterei urinare.

MIJLOACELE DE FIXARE ALE UTERULUI

Sînt cunoscute și sub denumirea: *sistemul de suspensie* (cel ligamentar) și *sistemul de susţinere* (musculatura planșeului pelvin).

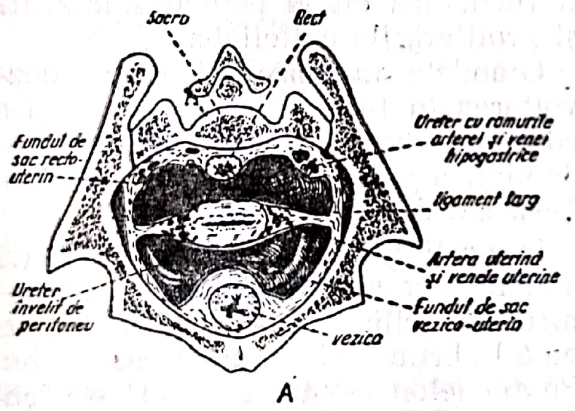
SISTEMUL DE SUSPENSIE

Ligamentele uterine: — *ligamentele largi* sau late iau naștere printr-o dedublare a peritoneului care învelește uterul și trompele; ajunse la marginile uterului, foiţele peritoneale se alipesc și trec mai departe lateral spre peretele pelvian. Marginea superioară a ligamentului larg constituie *mezosalpinxul*, iar pe faţa posterioară întîlnim *mezoovarium*;

lateral la peretele escavației ligamentul larg se continuă cu ligamentul *infundibulo-pelvian* (lombo-ovarian).

— *ligamentele rotunde* sînt două cordoane fibro-musculare care se întind de la coarnele uterine pînă la regiunea pubiană, ridică un pliu peritoneal pe fața anterioară a ligamentului larg, parcurg canalele inghinale și se termină în regiunea muntelui venerian și în labiile mari sub formă de „laba gîștii". Rolul lor este de orientare a uterului și mai puțin de suspensie.

— *ligamentele utero-sacrate* se inseră pe istmul uterin, înconjoară rectul și se inseră pe sacru. Conțin pe lîngă țesut conjunctiv și fibre musculare netede. Aceste ligamente contribuie în mare măsură la susținerea uterului în poziția sa normală de anteversie-flexie. Ele delimitează



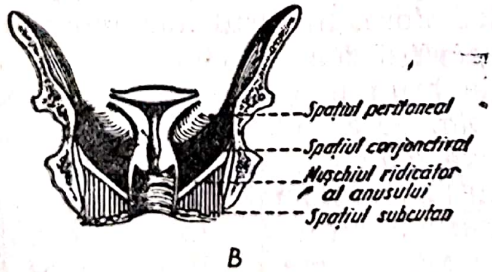


Fig. 17 — *Spațiile conjunctive pelviene:*
A — Secțiune orizontală prin bazinul de femeie pentru a demonstra limitele dintre spațiul parametrial și spațiul pelvi-peritoneal (după Sellheim); *B* — Secțiune frontală schematică pentru a demonstra cele trei spații suprapuse (după A. Martin).

intrarea în fundul de sac Douglas. Este singurul ligament adevărat.

Țesutul conjunctiv pelvian. Este situat sub peritoneu și e alcătuit din tracturi fibroase care se fixează de colul uterin, domul vaginal și pe pereții escavației pelviene. Este cunoscut sub numele de *parametru.*

SISTEMUL DE SUSȚINERE

Musculatura planșeului pelvian. Planșeul pelvi-perineal este un diafragm alcătuit din mușchi și aponevroze, care închid bazinul osos în partea sa inferioară și este cunoscut sub denumirea de bazin moale. El va fi descris mai amănunțit la capitolul bazinul.

Planșeul pelvi-perineal, prin alcătuirea sa musculo-aponevrotică, are forma de jgheab, cu partea sa mai

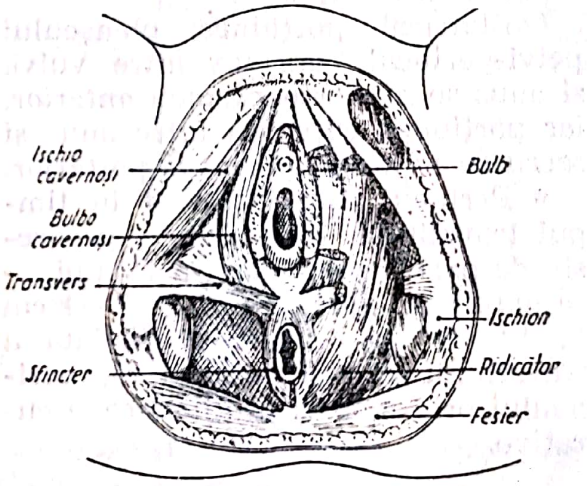


Fig. 18 — *Planșeul perineal privit caudal* (după Trillat și Magnin).

dezvoltată și concavitatea în sus, cu vîrful îndreptat în jos, ajungînd la orificiul vulvar.

Este alcătuit din trei planuri musculo-aponevrotice: primele două, mai superficiale, constituie *planșeul perineal;* al treilea — mai profund — formează *planșeul* sau *diafragmul pelvian.*

Scanned with OKEN Scanner

Planşeul pelvi-perineal prezintă, de la suprafaţă spre profunzime, straturile: *pielea, ţesutul celular subcutanat, aponevroza perineală superficială* şi *muşchii*. Primul plan muscular este alcătuit din ischio-cavernoşi, bulbo-cavernoşi, transversul superficial al perineului şi posterior de sfincterul anal. Al doilea plan muscular se numeşte *diafragmul urogenital* şi este alcătuit din muşchii transverşi profunzi ai perineului. Planul trei este cel mai profund şi este alcătuit din o suprafaţă musculară voluminoasă care limitează escavaţia pelviană. Muşchii ridicători anali şi ischio-coccigieni sînt aşezaţi simetric la dreapta şi la stînga.

Ridicătorii anali, deşi închid canalul pelvian, permit o deschizătură prin care trec dinainte înapoi *uretra, vaginul* şi *rectul* (hiatusuri de minimă rezistenţă).

Obstetrical porţiunea planşeului pelvi-perineal cuprinsă între vulvă şi anus se numeşte *perineu anterior*, iar porţiunea cuprinsă între anus şi sacru se numeşte *perineul posterior*.

• Perineul este interesat în timpul travaliului, fiind destins progresiv de partea prezentată a fătului, — *se ampliază*, ajungînd de la 3—4 cm la 12—15 cm. Asistenţa dirijată a travaliului asigură integritatea perineului prin măsuri profilactice şi curative.

ANATOMIA GLANDEI MAMARE

Glandele mamare, sînii sau *mamelele* sînt organe care au rol esenţial în funcţia de procreaţie. Ele proemină pe faţa anterioară a toracelui între al treilea şi al cincilea spaţiu intercostal. Forma lor e variabilă, depinzînd de tipul constituţional, vîrstă şi etapele fiziologice ale femeii (poate *fi emisferică, cilindrică* sau *conică*). La multipare sînii îşi pierd forma conică şi elasticitatea, căpătînd o consistenţă mai moale. *Sînii involuează la menopauză.*

• Creşterea, dezvoltarea şi funcţia glandelor mamare sînt sub control endocrin. Răspunsul lor fiziologic la diverşi hormoni este bine stabilit experimental şi clinic. Controlul hormonal este asigurat de *hormonii ovarieni:* estrogeni şi progestageni. Ceilalţi hormoni acţionează secundar influenţîndu-i pe primii. Stimularea hormonală determină în tot cursul vieţii femeii perioade de *hiperplazie* şi de *involuţie*. În afară de efectele fiziologice ale hormonilor sexuali asupra glandelor mamare, *în timpul sarcinii* se produc şi alte modificări: dispariţia şi vindecarea bolii fibrochistice, hipertrofia fibroadenoamelor sau evoluţia rapidă a unor cancere. În premenopauză şi menopauză apar uneori modificări patologice caracteristice atît pentru boala fibrochistică cît şi pentru dilataţiile şi proliferările epiteliale.

Glandele mamare îşi încep dezvoltarea în timpul pubertăţii şi şi-o continuă după naştere. Maturitatea deplină a glandei apare de obicei la 1—2 ani după menarhă.

În porţiunea cea mai proeminentă a glandei se găseşte o formaţiune conică sau cilindrică, de culoare roz pînă la brun închis numită *mamelon*. Pe mamelon se găsesc 10—15 orificii, care reprezintă deschiderea canalelor galactofore. În jurul mamelonului se observă o zonă circulară de o coloraţie brun închisă, care se numeşte *areolă*. Pe areolă sînt aşezate în cerc cîteva *glande sebacee* numite tuberculii lui *Montgomeri* sau ale lui *Morgagni*. Ţesutul celulo-grăsos subjacent se împarte în ţesut grăsos *premamar*, situat înaintea glandei şi ţesut grăsos *retromamar*, situat înapoia glandei. Corpul glandular este format din 20—25 de glande mamare e-

Scanned with OKEN Scanner

lementare sau *lobii glandulari*. Un lob este format din mai mulţi *lobuli glandulari*, fiecare lobul fiind format din mai mulţi *acini glandulari*.

canal galactofor, care se deschide la suprafaţa mamelonului. Între lobuli pătrund *septuri conjunctive*, compartimentînd corpul glandei. Ţesutul celulo-adipos şi cel conjunctiv

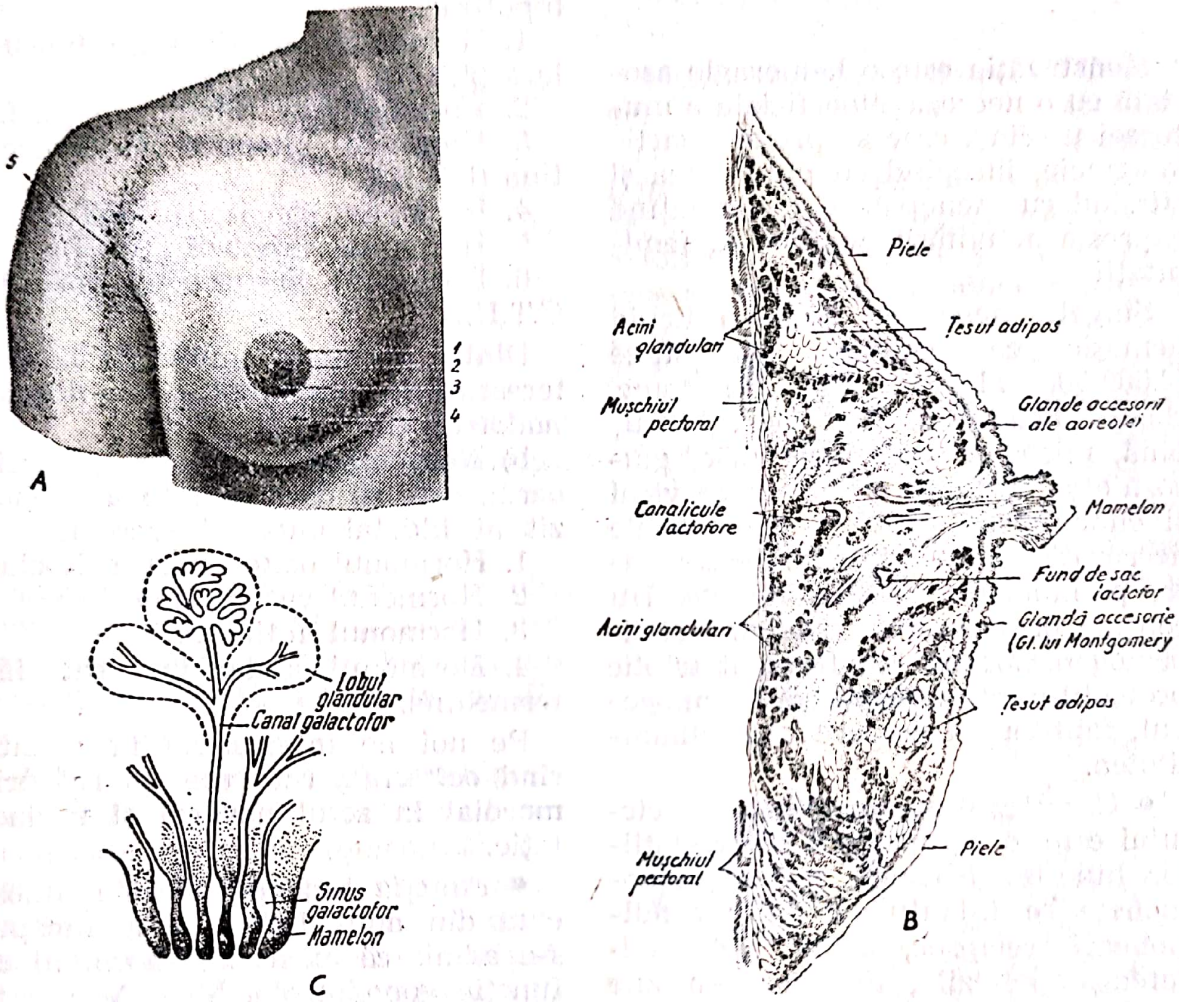


Fig. 18 bis — *A* — Glanda mamară (după Kiss—Szentgottai); *B* — Glanda mamară, secţiune sagitală (după Bumm); *C* — Acinul glandular mamar (după Aburel).

• Acinul glandular este elementul *morfo-fiziologic esenţial* al glandei mamare.

Acinii care formează un lobul se deschid într-un canal unic, numit *canal intralobular*. Cîteva canale intralobulare se unesc într-un *canal interlobular*, care părăseşte lobulul şi, unindu-se cu celelalte canale interlobulare ale glandei, formează un

prezintă mari diferenţe individuale.

Vascularizaţia arterială provine din *artera mamară* internă (ramuri din artera subclaviculară, din axilară şi din intercostale). *Reţeaua limfatică* este colectată în grupurile *ganglionare axilare, supraclaviculare* şi cele de-a lungul *arterei mamare interne*. *Inervaţia* este dată de nervii intercostali 2, 3, 4, 5, 6 şi o ramură din plexul cervical.

Scanned with OKEN Scanner

CICLUL GENITO-MAMAR. HORMONII ŞI CORELAŢIILE NEURO-HORMONALE

Menstruaţia este o hemoragie asociată cu o necroză superficială a mucoasei uterine, care se produce ciclic la femeie, începînd cu pubertatea şi sfîrşind cu menopauza, reprezentînd expresia activităţii genitale şi feminităţii.

Sîngele menstrual este un lichid hematic ce conţine: 3/4 sînge (2.600.000 globule roşii pe mmc, cobalt, magneziu, fier, clor, bilirubină, glicogen, uree, acid uric, glucoză etc.); 1/4 apă, cu mucus cervical şi endometrial, resturi endometriale necrozate, celule vaginale descuamate, polinucleare şi bacterii etc. Nu conţine protrombină, trombină şi fibrinogen. Conţine un ferment triptic proteolitic, care blochează fibrinogenul, fapt care-i conferă incoagulabilitatea.

• Caracterul de *periodicitate* a ciclului este o consecinţă a interrelaţiilor hipofizo-ovariene, în care fenomenele se înlănţuiesc şi se condiţionează reciproc, astfel: *periodicitatea* 27 ± 4 zile, *durata* 3—5 zile (mai rar 5—6 zile), *cantitatea* variază între 50—200 gr.

• În realitate sînt mai multe cicluri, care converg şi se condiţionează reciproc: ciclul hipofizar, ciclul ovarian, cu ciclul exocrin şi endocrin, ciclul uterin (endometrial), ciclul vaginal, ciclul mamar, ciclul general.

CICLUL HIPOFIZAR

După cum se ştie hipofiza este alcătuită la om din două părţi:

a) *Adenohipofiza* (sau hipofiza anterioară), care secretă hormonii trofi hipofizari.

1. Hormonul de stimulare foliculară (F.S.H.)
2. Hormonul de luteinizare (L.H.)
3. Hormonul luteotrof sau prolactina (L.T.H.)
4. Hormonul somatotrof (S.T.H.)
5. Hormonul tireotrof (T.S.H.)
6. Hormonul adenocorticotrof (A. C.T.H.)

Dintre hormonii enumeraţi ne interesează în mod direct *hormonii gonadotrofi* (FSH, LH, LTH).

b) *Neurohipofiza* (hipofiza posterioară), care se pare că este un depozit al hipotalamusului secretă:

1. Hormonul ocitocic sau ocitocina
2. Hormonul vasopresina
3. Hormonul antidiuretic
4. Hormonul melanotrof sau intermedina.

Pe noi ne interesează în primul rînd *ocitocina,* care are un rol primordial în actul naşterii şi în lactaţie.

• *Funcţia gonadotrofă* este cunoscută din anul 1921. De la început s-a admis că există doi hormoni cu funcţie gonadotrofă. Max Aron este partizanul unei concepţii uniciste.

1. *Hormonul de stimulare foliculară* (FSH) este o glicoproteină, izolată aproape total. Creşte volumul foliculului de Graaf şi a conţinutului foliculinei şi asigură proliferarea granuloasei.

2. *Hormonul de luteinizare* (LH) este şi el o glicoproteină, ce exercită asupra ovarului o proliferare a tecii interne şi controlează producerea de estrogeni şi în special, de progesteronă. Este *indispensabil pentru producerea ovulaţiei* şi transformării fo-

Scanned with OKEN Scanner

licului rupt în corp galben. Efectul său nu apare decît în prezenţa hormonului de stimulare foliculară.

3. *Prolactina sau hormonul luteotrof* (LTH) este o holoproteină ce

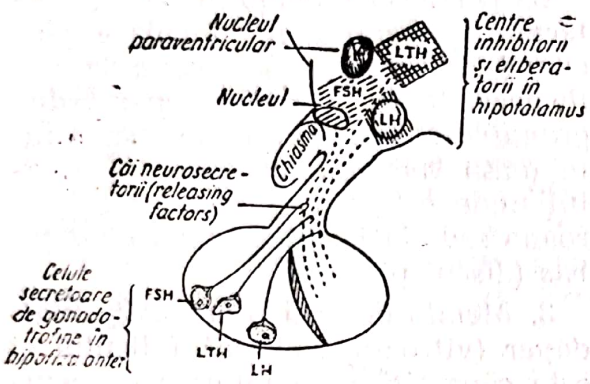


Fig. 19 — *Schema sistemului hipotalamo-hipofizar* (după G. W. Harris).

acţionează asupra creşterii glandei mamare, a declanşării şi întreţinerii secreţiei lactate. Acest hormon nu a putut fi identificat la toate speciile pe scara zoologică.

• Funcţia gonadotrofă antehipofizară *este reglată de hipotalamus* printr-un *mecanism homeostatic denumit „feed-back"* sau *retrocontrol.* Această funcţie este în strînsă corelaţie cu funcţia endocrină ovariană.

Funcţia ocitocică. Ocitocina este secretată de hipotalamus şi se stochează în hipofiza posterioară. Este un hormon care reglează *activitatea contractilă a uterului* în timpul travaliului.

Ocitocina este degradată de ocitocinază, în special la nivelul rinichilor, în placentă şi în organele inervate de splanchnic.

Ocitocina mai intervine şi asupra celulelor mioepiteliale din acinii glandulari mamari, realizînd secreţie crescută de lapte. Declanşarea secreţiei de ocitocină se face prin excitarea mecanică a mamelonului pe cale reflexă.

CICLUL OVARIAN

Ciclul exocrin al ovarului. Ovarul este organul glandular al aparatului genital feminin, cu rol *gametogen* limitat de la pubertate la menopauză, care constă în producerea ciclică a foliculilor de Graaf, şi cu *rol hormonal,* secretînd hormoni estrogeni şi progestativi.

• În *perioada de fertilitate,* foliculii ovarieni trec prin stadii evolutive: *foliculi primordiali,* foliculi *evolutivi* şi folicul *matur* (de Graaf), care se maturează o dată pe lună, alternativ în cele două ovare. El este format din următoarele elemente de la interior spre exterior:

Ovocitul este o celulă mare de 200 microni, formată dintr-o mem-

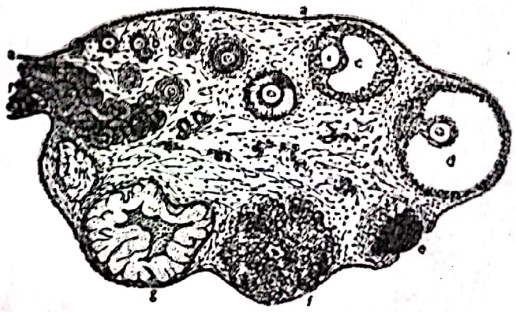


Fig. 20 — *Secţiune prin ovar.* Diferite faze ale dezvoltării foliculului (după Horn şi Zoltan): *a* — epiteliu; *b* — foliculi primordiali; *c* — foliculi în stadii diferite de maturizare; *d* — folicul matur; *e* — folicul hemoragic; *f* — corp galben tînăr; *g* — corp galben; *h* — corpus albicans; *i* — vasele mezoovarului.

brană vitelină, un nucleu cu nucleol (pata lui Wagner) şi citoplasma. Pentru a putea fi fecundat va trebui să treacă prin cele două di-

viziuni de maturație (vezi elementele sexuale).

1. *Zona pellucida* cu grosimea de 12 microni este *secretată de celulele*

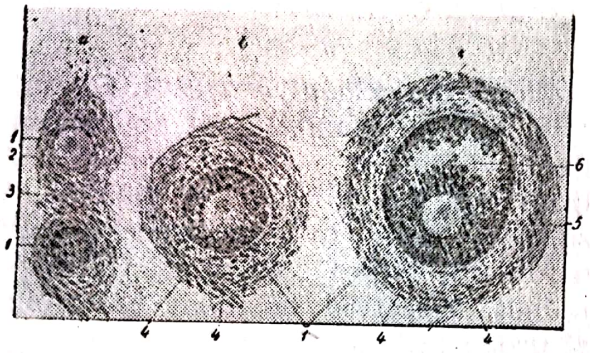


Fig. 21 — *Folicului De Graaf:* la începutul maturizării (după Bumm)

1 — epiteliu folicular (membrana granuloasă); *2* — ou; *3* — stromă; *4* — teaca foliculului; *5* — coroana radiată; *6* — începutul formării cavității foliculare.

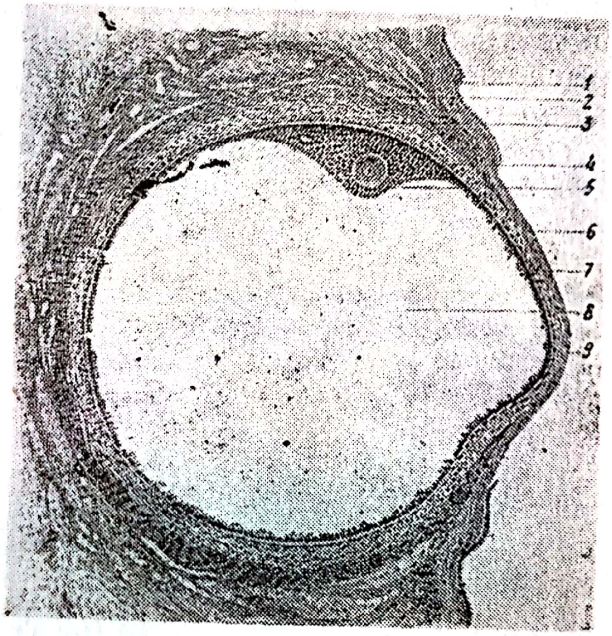


Fig. 22 — *Folicului de Graaf:* matur (după Bumm)

1 — Albugineea; *2* — epiteliu germinativ; *3* — teaca externă; *4* — teaca internă; *5* — discul oofor (Cumulus proliger); *6* — membrana lui Slavianski-Validayer; *7* — — granuloasa (membrana granuloasă); *8* — cavitatea foliculară; *9* — stigma.

foliculare periovocitare, are un aspect fin radiat, dat de prezența în grosimea ei a unor canalicule ce servesc la nutriția ovoplasmei.

2. *Celulele foliculare* sînt dispuse în cîteva straturi, în jurul ovocitului. Au o formă ovoidală, cu axa mare dispusă radiar, de unde și denumirea de *coroana radiata.* Ele nu se desprind de ovocit în ovulație.

La periferia foliculului pe fața internă a membranei foliculare sînt cîteva straturi de celule rotunde, poliedrice, care formează *membrana granuloasă.* Ele înaintează mai mult în masa vacuolei foliculare la nivelul unde este situat ovocitul cu coroana radiată formînd *cumulus oofo-rus* (discul proliger).

3. *Membrana lui Slaviansky-Waldayer* (vitroasa) îmbracă foliculul și este căptușită spre interior cu celulele tecii granulare (membrană anhistă).

4. *Lichidul folicular,* foarte abundent în foliculul matur, *conține foli-*

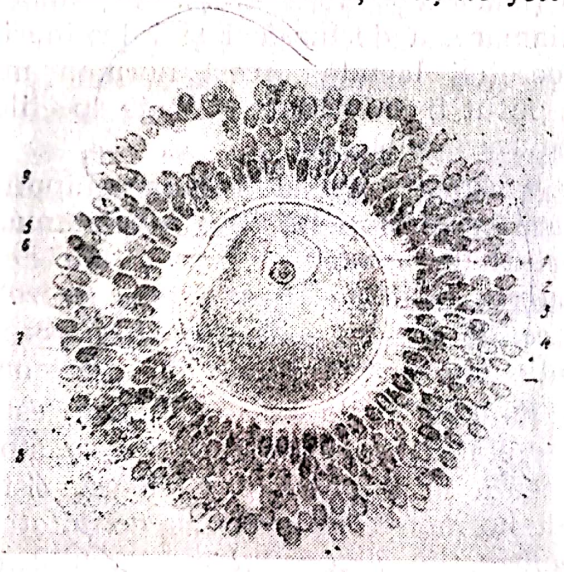


Fig. 23 — *Ovul uman cu coroana radiată dintr-un folicul De Graaf* (după Bumm):

1 — vezicula germinală; *2* — pata germinativă; *3* — zona pellucida; *4* — spațiu perivitelin; *5* — protoplasma; *6* — deutoplasma; *7* și *8* — celule epiteliale ale coroanei radiata; *9* — spații intraepiteliale.

culina secretată de celulele tecii interne.

5. *Teaca internă* este formată din fibre conjunctive și celule conjunc-

Scanned with OKEN Scanner

tive mari, poliedrice, de tip glandular şi e străbătută de multe vase capilare. *Secretă foliculina.*

6. *Teaca externă* de natură fibroasă, acoperă teaca internă, *este bine vascularizată* şi *are un rol nutritiv.*

Pe măsură ce creşte în volum, foliculul matur ajunge la periferia ovarului, împingînd la o parte restul elementelor, pe care le deformează. Prin presiune el vine în contact direct cu suprafaţa ovarului, nefiind separat de cavitatea peritoneală decît prin cele două teci foarte subţiate şi epiteliul ovarian. Se formează o membrană transparentă — *stigma* — locul unde se va produce *dehiscenţa.*

Ovulaţia constituie funcţia gametogenă a ovarului şi constă din doi timpi:

I — dehiscenţa foliculară

II — ponta foliculară (eliminarea ovulului).

Dehiscenţa foliculului are la bază o congestie ovariană de ordin neurohormonal, care, printr-o secreţie bruscă de lichid folicular produce:

— distensie mare la nivelul stigmei cu dehiscenţa acestuia;

— necroza vasculară cauzată de o supradistensie;

— se presupune şi existenţa unei diastaze proteolitice conţinute în lichidul folicular.

Ponta foliculară constă în eliminarea sub presiune a ovocitului înconjurat de coroana radiată, cauzată de curentul creat de lichidul folicular.

În cursul *ovulaţiei* se produce *maturarea ovulului* ce are la bază diviziuni mitotice succesive de matura-

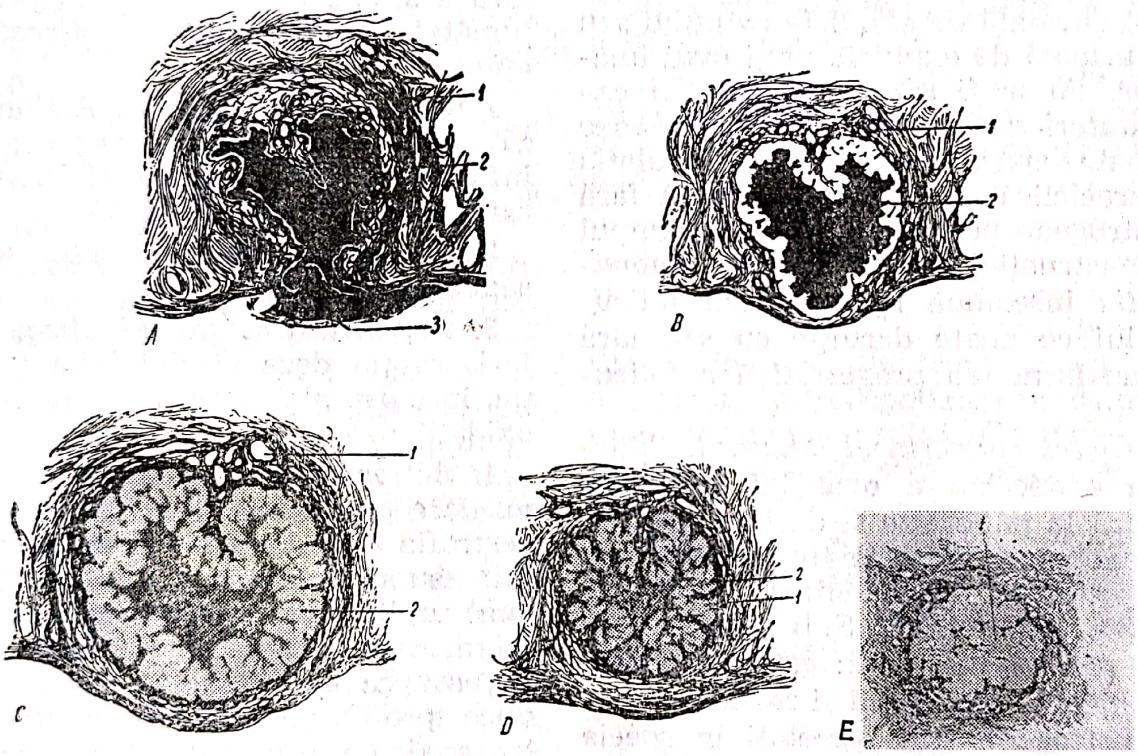


Fig. 24 — *Evoluţia corpului galben* (după Bumm)

A — *1* — teaca internă, *2* — teaca externă; *3* — locul rupturii cu coagul sanguin; *B* — Ziua 12-a: *1* — membrana granuloasă; *2* — teaca internă; *C* — La 3 săptămîni: *1* — membrana granuloasă; *2* — teaca internă; *D* — La 5 săptămîni; *1* — membrana granuloasă; *2* — centru revascularizat; *E* — La 8 săptămîni: Corpus albicans.

ţie; prima *reducţională* sau *meioza* şi a doua *ecuaţională*. Din acestea rezultă *ovulul matur* apt de fecundaţie cu un număr haploid de cromozomi, plus heterocromozomul x sau y (vezi elementele sexuale).

Foliculul dehiscent se transformă în corp progestativ, care în caz de fecundare a ovulului devine *corp gestativ* sau *corp galben* de sarcină. El provine din transformarea stratului granular şi va secreta progesteronă.

Ovulaţia într-un ciclu normal de 28 zile se produce între zilele 12—16. Pot exista unele abateri de la ovulaţia normală dînd naştere la *disovulaţie* cînd dehiscenţa foliculară nu este urmată de expulzia ovulului sau e urmată de expulzia unui ovul imatur. *Poate fi urmată de sarcini extrauterine ovariene.* De asemenea poate apare *paraovulaţia* (ovulaţia paraciclică) ce are loc în plină fază estrogeno-progesteronică, în timpul menstruaţiei sau în sarcină. *Anovulaţia* înseamnă lipsa ruperii foliculului ce poate decurge cu sau fără transformarea progestativă a foliculului.

Ciclul endocrin al ovarului. Funcţia endocrină a ovarului se instalează la pubertate şi durează pînă la menopauză. Această funcţie este sub dependenţa hormonilor hipofizari (FSH, LH şi LTH). Sub influenţa lor se secretă hormonii: estrogeni, progestageni, androgeni şi relaxina.

Estrogenii sînt secretaţi în specia umană de ovar, corticosuprarenală, testicul şi placentă. La femeie estrogenii se găsesc sub formă de *dihidrofoliculină* sau *estradiol*. Se formează printr-un proces enzimatic din *acetat de sodiu* şi *colesterol* (din care rezultă 17-alfa-hidroxiprogesteron, apoi androstendion şi în cele din urmă estradiolul). Prin metabolizare rezultă *estrona* şi *estriolul*.

Estrogenii circulă în sînge fixaţi de o proteină şi suferă un metabolism de utilizare la nivelul receptorilor: *uter, trompe, vagin, glandă mamară,* unde se transformă în *estriol*.

Inactivarea lor se face la nivelul ficatului, prin conjugare cu acid glicuronic sau acid sulfuric. Din ficat ajung în bilă, apoi în intestin, de unde o parte revin la ficat, iar alţii se elimină prin fecale şi urină.

Prin *dozări urinare* se constată o creştere treptată a lor după menstruaţie pînă în ziua 13—14, ca apoi să scadă brusc pentru a marca o nouă creştere la mijlocul fazei secretorii, fără a atinge însă nivelul din prima jumătate. *Scad înainte de menstruaţie.*

Acţiunea estrogenilor: 1. Acţionează asupra sistemului nervos central influenţînd diferenţierea şi organizarea acestuia (Harris, 1964).

2. Determină apariţia caracterelor sexuale secundare.

3. *Acţionează asupra hipofizei anterioare* (în doze mari inhibă funcţia, în doze mici o excită prin corpii oxidaţi).

4. *Acţionează asupra zonei genito-mamare* producînd hiperplazia şi hipertrofia endometrului şi miometrului; asupra *epiteliului vaginal* produce proliferare, creşterea glicogenului, a indicelui acidofil şi cariopicnotic; asupra *epiteliului cervical* produce proliferare, glerele devin filante şi apoase; asupra *epiteliului tubar* produce o creştere celulară şi secretorie; asupra *glandei mamare* produce creşterea acesteia şi a canalelor galactofore; asupra *ovarului* acţionează prin intermediul antehipofizei.

5. *Asupra pielii,* produce o îngroşare, pigmentarea areolei mamare, proliferarea mucoasei bucale şi gingivale şi dezvoltarea părului axilar

Scanned with OKEN Scanner

și pubian în asociație cu androgenii din ovar și suprarenală.

6. *Efecte metabolice:* retenție trecătoare de azot (anabolizant proteic, reglarea metabolismului apei și electroliților), retenție de apă, sodiu, clor, calciu, fosfor, prin reabsorbție tubulară (crește spațiul extracelular, prin creșterea hidropiziei tisulare și a permeabilității tisulare și capilare.

7. *Asupra scheletului,* produce, prin retenția de calciu și fosfor stimularea, înmulțirea osteoblastelor, inhibă cartilajele de creștere. Evazează bazinul osos.

8. *Favorizează depunerea grăsimilor* specific tipului feminin.

9. *Este un tonic miocardic,* scade colesterolul și fosfolipidele sanguine.

10. *Este hipotermizant.*

11. *Inhibă prolactina* hipofizară și hormonul somatotrop.

12. *Sensibilizează miometrul* la acțiunea ocitocinei.

Progesterona este secretată de ovar, de cortico-suprarenală și placentă. *Substanța ei precursoare este colesterolul.* Ficatul îl metabolizează prin conjugare și se elimină sub trei forme inactive: pregnandiolol, pregnandiol și pregnanolonul. În timpul sarcinii se elimină cantități mai mari de pregnandiol.

Secreția progesteronei prezintă o curbă, care merge ascendent, imediat după ovulație cu maximum în ziua 20—24-a, apoi scade pînă la menstruație în mod lent. Are rolul de a pregăti *mucoasa uterină* pentru nidație și menținerea oului fecundat. Acționează numai asupra unui endometru pregătit cu estrogeni, transformîndu-l din proliferativ în secretor. Nu are efecte generale ca și estrogeni, ci *predominant sexuale.*

Acțiunea progesteronei: 1. Acționează asupra *trompelor* inhibînd motilitatea lor provocată de estrogeni, favorizînd nutriția oului.

2. Asupra *endometrului* acționează numai în sinergie armonioasă cu estrogenii, efectul lor fiind nul în lipsa acestora. Crește sinuozitatea glandelor endometrului, determină transformarea deciduală a corionului, secreția de glicogen în endometru și formarea arterelor helicoidale.

3. Asupra *miometrului* determină o creștere generală a acestuia, hiperemie, inhibiția contractilității miometrului, făcîndu-l refractar la ocitocină.

4. Asupra *colului uterin,* inhibă secreția cervicală.

5. Asupra *vaginului produce* apariția celulelor plicaturate, descuamare masivă și leucocitoză.

6. Completează acțiunea estrogenilor asupra *glandei mamare,* prin stimularea creșterii acinilor glandulari.

7. Asupra altor *glande endocrine:* în doze mici acționează asupra complexului hipotalamo-hipofizar, stimulează FSH, iar în doze mari inhibă LH. *Inhibă ovulația.* Dozele mari par a inhiba retrohipofiza, producînd repausul endometrului. *Crește temperatura bazală prin efect asupra centrului termic.*

Androgenii și relaxina, secretați de ovar, sînt necesari pentru echilibrul hormonal și intervin mai puțin la specia umană.

CICLUL UTERIN

Modificările ciclice ale endometrului. Mucoasa uterină este divizată în două straturi cu caracteristici anatomice și evolutive diferite:

Stratul profund sau bazal, ce nu suferă nici o modificare de-a lungul ciclului menstrual, este format din partea profundă a tubilor glandulari și a corionului.

Scanned with OKEN Scanner

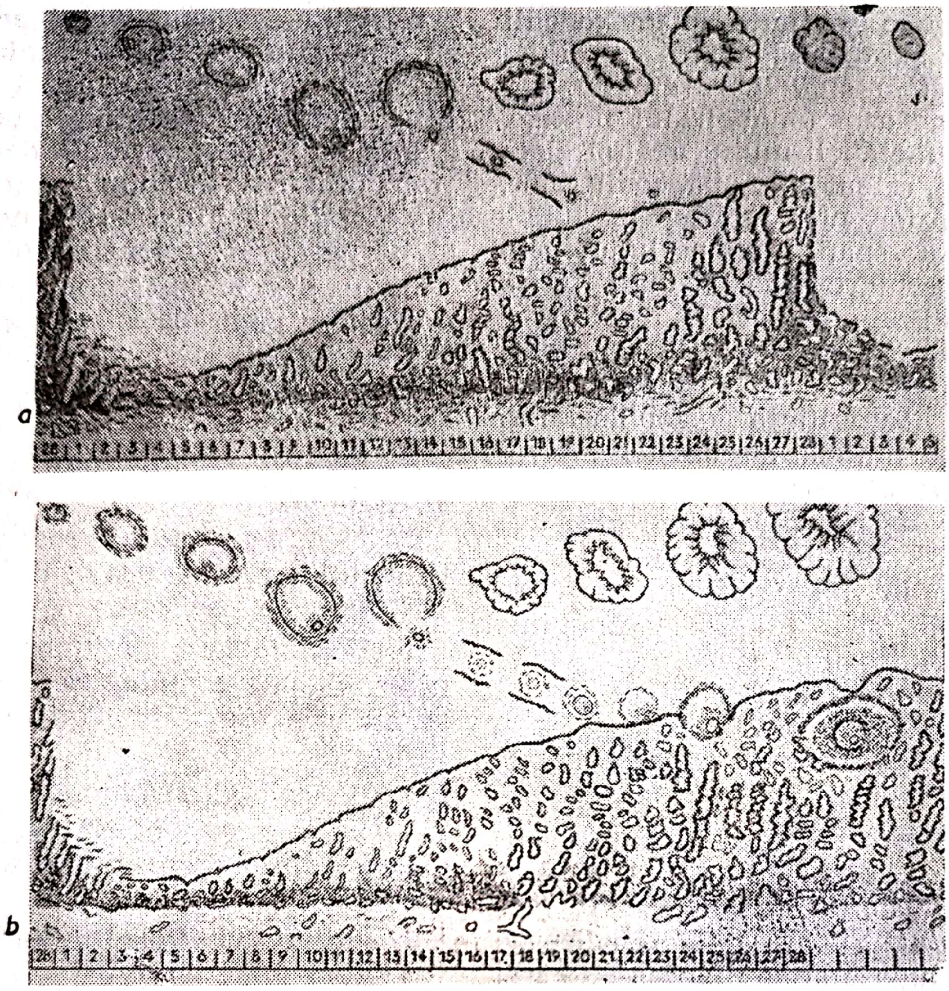


Fig. 25 — *Ciclul ovarian şi endometrial* (după Knauss)
a — în caz de negraviditate; *b* — în caz de graviditate.

Stratul superficial, numit şi funcţional care prezintă importante modificări în cursul ciclului menstrual.

Ciclul menstrual se poate împărţi în trei faze: *proliferativă, secretorie, menstruală.*

1. *Faza proliferativă sau foliculinică.* Spre a 10-a zi a ciclului, glandele care au fost strîmtate, rectilinii, devin treptat hipertrofice iar lumenul lor se lărgeşte. În celule nu se găsesc nici mucus nici glicogen. Spre ziua 13—14, glandele sînt mai mari, epiteliul lor e uşor ondulat. sub influenţa FSH-ului se secretă estrogeni, cu acţiune proliferativă asupra mucoasei.

2. *Faza secretorie progesteronică sau pregravidică.* În cea de a 15—17-a zi la baza celulelor apar vacuole de glicogen, glandele devin dantelate, glicogenul se deplasează spre partea apicală a celulei, pentru a se excreta către ziua a 25-a. În acest moment partea apicală a celulei se încarcă cu mucus.

Arterele spiralate se diferenţiază în zilele 25—27, tot acum stroma se micşorează în grosime prin resorbţia edemului. Determinismul fazei secretorii este: LH — progesteronă — faza secretorie.

3. *Faza menstruală* durează în medie 4 zile. Stratul superficial măsoa-

ră 8—10 mm grosime şi se elimină. Există mai multe ipoteze asupra pro-

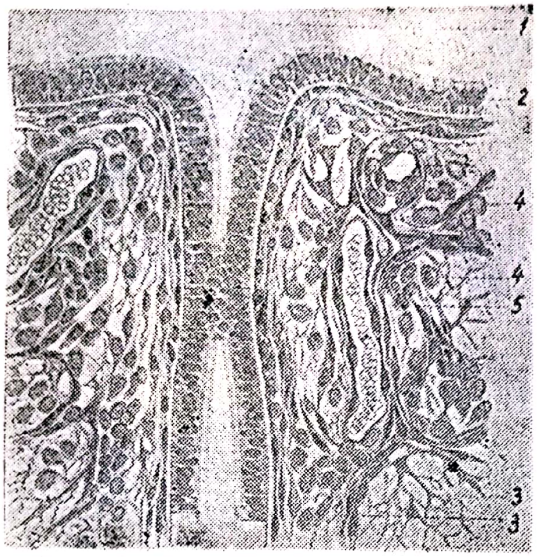


Fig. 26 — *Endometrul* (după Bumm): Aspectul zonei glandulare.

1 — orificiul unei glande endometriale; *2* — epiteliu cilindric ciliat; *3* — ţesut conjunctiv: celule fuziforme; *4* — celule cu nucleu mare; *5* — capilar.

ducerii menstruaţiei (Schlegel, Debiasi, Markee etc.). Oricare ar fi mecanismul invocat, toţi autorii sînt de acord că: *menstruaţia apare ca un clivaj hemoragic al mucoasei uterine realizat prin jocul modificărilor vasculare.*

Fenomenele vasculare ale menstruaţiei. Markee printr-un experiment ingenios (grefă de mucoasă uterină în camera anterioară a ochiului la maimuţă) a putut observa că, la început, arterele spiralate se contractă ritmic, pe o perioadă de 1—2 minute, alternînd cu perioade de vasodilataţie. Ulterior, timpul de vasoconstricţie se lungeşte rapid, şi ca urmare, apar zone albicioase ce denotă o ischemie definitivă. Această vasoconstricţie s-ar datora unor substanţe vasoconstrictoare de origine endometrială. Într-o a doua fază se înregistrează o vasodilataţie prelungită în care elementele figurate ale sîngelui se extravazează formînd mici hematoame subepiteliale, care cresc rapid, întind epiteliul, care ulterior se rupe la suprafaţă, ieşind un sînge închis incoagulabil.

Rolul hormonilor sexuali în menstruaţie. Determinismul hormonal al menstruaţiei rezultă din următoarele: menstruaţia apare la pubertate, încetează la menopauză şi se întrerupe în caz de ovarectomie bilaterală sau castrare radio-terapeutică.

Teorii opuse au căutat să elucideze mecanismul hormonal al menstruaţiei.

Teoria luteinică. După Schröder menstruaţia ar fi legată de regresia corpului galben şi de scăderea secreţiei progesteronice. Watrin a susţinut această teorie arătînd că ablaţia corpului galben la femeie duce la apariţia menstruaţiei după a 24-a zi.

Teoria privaţiunii estrogenice. Allen a demonstrat experimental pe maimuţa ovarectomizată, că dacă se administrează foliculină în cantitate suficientă se realizează o *proliferare endometrială* corespunzătoare, comparabilă cu cea din a 15-a zi a ciclului. Dacă se întrerupe administrarea de foliculină, apare după cîteva zile o hemoragie de privaţiune. Aceeaşi hemoragie apare şi dacă dozele de foliculină scad. Continuarea administrării de foliculină în aceleaşi doze face să nu apară nici o hemoragie.

În realitate este vorba de un *sinergism de succesiune:* foliculină — progesteron, în perioada iniţială asigurînd dezvoltarea endometrului, urmînd ca apoi progesteronul să asigure troficitatea.

Dealtfel, progesteronul, administrat în doze mari, va provoca transformarea secretorie a endometrului. Trebuie remarcat însă că acţiunea trofică şi secretorie a progesteronului asupra endometrului nu se poate

Scanned with OKEN Scanner

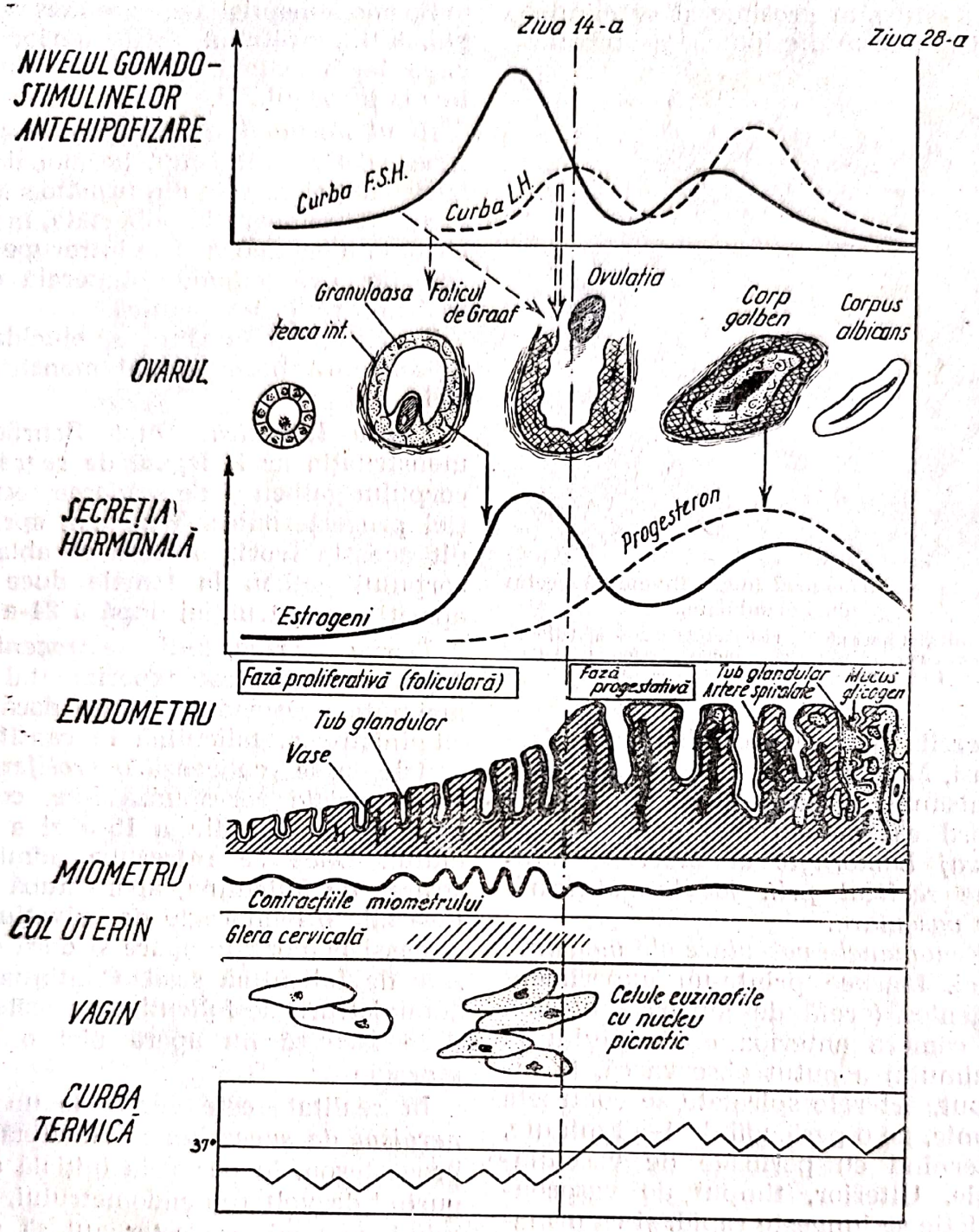


Fig. 27. *Aspect de ansamblu al ciclului menstrual* (după Quevuvilliers et col.).

efectua decît după prealabila acțiune proliferativă a foliculinei.

• Deci, *privația foliculinică* rămîne procesul hormonal esențial al menstruației. Rezultă că în ciclurile ovulatorii există următoarea succesiune hormonală: *Perioada foliculinică* — pînă la ovulație —, *perioada folículino-progesteronică*, — *perioada de degenerare a corpului galben* —, în care cei doi hormoni nu se mai produc și apar *metroragii* de privațiune

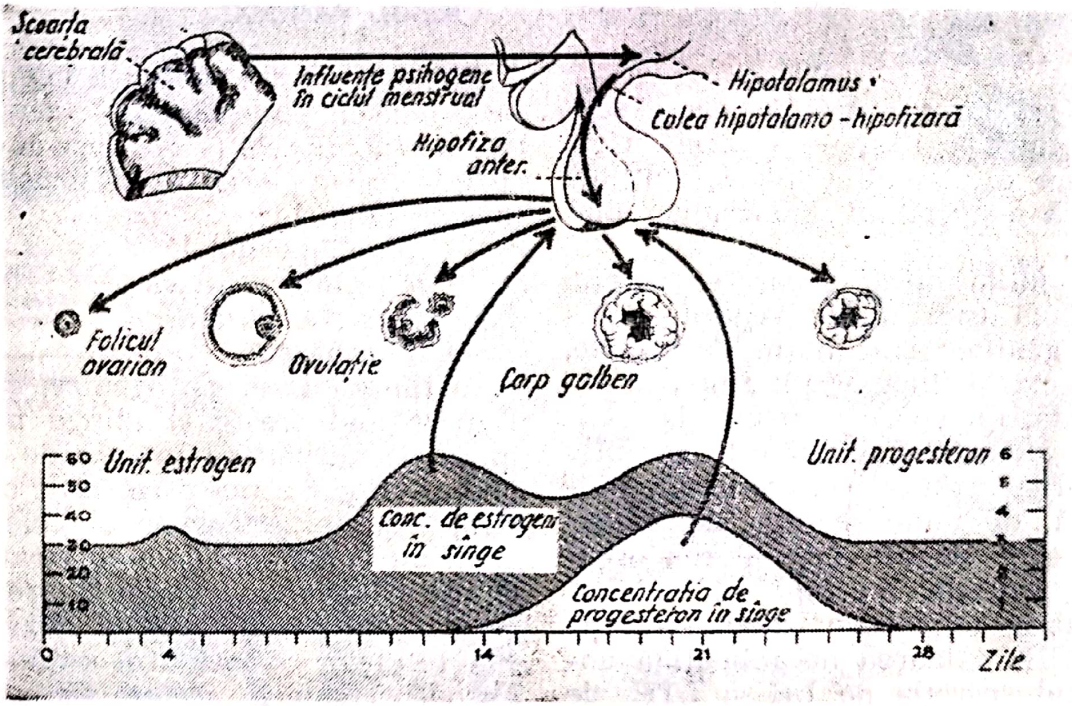


Fig. 28. *Ciclul menstrual:* **modificări hormonale și citologice** (după R.Benson).

foliculinică, care nu mai sînt contracarate de progesteron, care dispare.

În prima fază, zisă foliculinică, sub influența FSH-ului, se dezvoltă, la nivelul ovarului, foliculul de Graaf, ce va secreta foliculină tot mai multă pe măsura creșterii lui. Foliculina duce la regenerarea endometrului funcțional pornind de la stratul bazal.

Estradiolul acumulat în cantitate mai mare frînează la rîndul lui secreția de FSH. Prin metabolizarea estradiolului, rezultă compușii oxidanți, care vor excita secreția hipofizară a LH-ului și LTH-ului, care au efectul de a luteiniza foliculul, acesta secretînd foliculină, dar și o anumită cantitate de progesteron. În ziua a 14-a survine ponta ovulară, pentru efectuarea căreia participă FSH-ul și LH-ul. În faza a doua, sub influența LTH-ului, corpul galben se dezvoltă și secretă progesteron prin celulele granuloasei luteinizate. Teaca internă continuă să secrete foliculină.

• Sub această dublă integrare hormonală, endometrul se dezvoltă și atinge stadiul premenstrual.

Hipofiza secretă tot mai puțin LH, corpul galben fără LH va degenera, ceea ce duce la dispariția secreției de progesteron și foliculină cu consecințe imediate: *dezintegrarea endometrului.*

• Secreția FSH se va relua datorită:

— menotoxinei

— concentrației mici a steroizilor sexuali

— produșilor de metabolism ai estrogenilor (corpii oxidanți).

• *Rolul sistemului nervos.* Apariția de amenorei după emoții și tulburări afective și în leziuni ale sistemului nervos central (arahnoidite) demonstrează influența pe care o are sistemul nervos, prin intermediul sistemului hipotalamo-hipofizar, în reglarea ciclului menstrual. Rolul sistemului nervos periferic în menstruație este încă ipotetic, el n-a putut fi demonstrat.

Scanned with OKEN Scanner

O pseudo-menstruaţie poate surveni după o naştere a cărei interpretare a fost discutată (privaţiune bruscă a aportului endocrinian matern).

La fetiţa mică, deoarece secreţia ovariană este foarte redusă, organele genitale sînt puţin dezvoltate, şi nu există fluctuaţie hormonală suficientă, nu apare menstruaţia.

La pubertate ovarul este receptiv şi FSH-ul stimulează maturaţia foliculară, de unde secreţia de foliculină, care asigură dezvoltarea organelor genitale. Începînd cu un anumit prag foliculinic există inhibiţie de FSH, oxidarea de foliculină antrenînd secreţia de LH şi LTH, de unde ovulaţia şi luteinizarea. Trebuie semnalat că primele cicluri pot fi anovulatorii.

În timpul *perioadei de activitate genitală,* ciclurile menstruale se vor succeda regulat.

În cadrul unei *sarcini,* stimularea gonadotrofinică, ce provine din trofoblast, va permite menţinerea şi persistenţa corpului galben. *În timpul sarcinii menstruaţia este suspendată.*

În cazul *alăptării,* după naştere nu există LH, deci nu există ovulaţie, nu există corp galben, concentraţia foliculinei fiind stabilă nu va exista nici menstruaţie, *endometrul fiind în repaus.*

La *menopauză* ovarele îşi pierd receptivitatea pentru hormonii hipofizari, realizîndu-se o diminuare, în primul rînd a secreţiei luteale, ceea ce se exteriorizează într-o primă fază prin rarefierea ciclurilor. După un timp oarecare secreţia hipofizară nu mai are o influenţă asupra ovarului şi în felul acesta menstruaţiile dispar, instalîndu-se menopauza definitivă.

CICLUL VAGINAL

În mod normal mucoasa vaginală, la femeia în plină activitate sexuală, are *patru zone de celule* care se modifică în cursul ciclului menstrual. Aceste zone sînt:

— zona superficială
— zona intermediară
— zona parabazală
— zona bazală

În timpul fazei estrogenice, epiteliul vaginal creşte şi atinge maximum de dezvoltare înainte de ovulaţie. Celulele zonei parabazale devin cilindrice, de asemenea şi cele din zona intermediară, care se stratifică şi cresc în volum. Această creştere rezultă din proliferarea şi dezvoltarea celulelor. Conţinutul celular în glicogen creşte în această fază. Spre sfîrşitul fazei estrogenice (faza estrogenică avansată) straturile zonei superficiale se multiplică (cornificare).

Ovulaţia se caracterizează prin debutul modificărilor regresive, care se manifestă prin oprirea dezvoltării epiteliului vaginal. Celulele se turtesc şi sînt eliminate în placarde. Pe măsură ce faza progesteronică avansează, activitatea epiteliului încetează, iar descuamarea lui continuă.

În concluzie există două tablouri diferite ale ciclului vaginal în raport cu ciclul menstrual:

- *Faza estrogenică* se caracterizează printr-o *proliferare a celulelor* şi o creştere a acidofiliei şi a indicelui picnotic.
- *Faza progesteronică* se caracterizează prin *descuamarea celulelor* care se plicaturează şi se elimină în cantitate foarte mare.

Există un tablou caracteristic al sarcinii şi al menopauzei.

- Citirea tabloului citovaginal ne dă relaţii asupra celor două faze (estrogenică şi progesteronică) ale menstruaţiei, deci în mod indirect

Scanned with OKEN Scanner

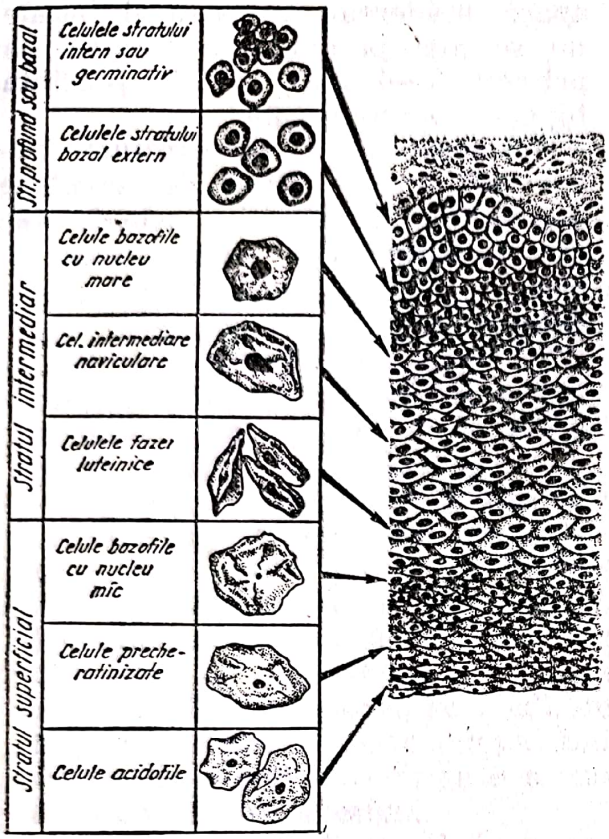


Fig. 29 — *Citologia vaginală normală* (după Quevuvilliers et col.).

asupra funcţionalităţii ovarului. În caz de tratament hormonal, tabloul citovaginal dă relaţii asupra eficacităţii tratamentului.

CICLUL MAMAR

• În cursul unui *ciclu menstrual*, la nivelul glandei mamare se produc modificări morfofiziologice sub acţiunea celor doi hormoni ovarieni: foliculina şi progesteronul. *Foliculina*, în prima fază a ciclului ovarian, determină hiperplazia ţesutului conjunctiv şi a canalelor galactofore; în faza a doua, sub acţiunea *progesteronei* are loc dezvoltarea ţesutului lobulo-alveolar.

• În *timpul sarcinii*, sub acţiunea foliculinei, glandele mamare se măresc şi sînt dureroase. La exprimarea mamelonului, chiar în primele luni, va apare colostrul. Mamelonul şi areola se pigmentează mai intens. De asemenea, circulaţia devine mai intensă, venele superficiale se dilată şi devin foarte evidente prin transparenţa pielii, constituind reţeaua lui Haller.

• După *naştere se declanşează lactaţia*, în ziua 3—4-a, datorită începerii secreţiei de prolactină, precum şi datorită excitării mamelonului prin actul suptului, intervenind şi o cale neuro-reflexă.

CICLUL GENERAL

Alături de modificările descrise, o serie de alte sisteme şi organe suferă şi ele modificări ciclice. Aşa de exemplu: *miometrul, vaginul, parametrele* şi diferitele *ligamente uterine* etc.

Se mai observă oscilaţii ciclice şi din partea altor organe cum sînt: cele observate la nivelul *sistemului nervos central* şi *periferic*. În acest sens este binecunoscută starea de supraexcitare psihică a femeii premenstrual şi menstrual. *Volumul respirator, permeabilitatea vasculară* sînt crescute în perioada premenstruală, precum şi *receptivitatea* faţă de *bolile infecto-contagioase*. La nivelul *glandei tiroide* pot apare tumefacţii premenstruale şi o tensiune exagerată a ţesuturilor. *Articulaţiile şi ligamentele bazinului* devin mai laxe în perioada menstruală, fapt constatat de radiologi prin mărirea spaţiului articular al simfizei pubiene.

• **Există apoi variaţii ciclice ale temperaturi corporale.** Dacă se termometrizează femeia în cursul

Scanned with OKEN Scanner

unui ciclu menstrul, se constată o curbă bifazică ce se caracterizează printr-o temperatură mică în faza foliculinică, apoi apare un salt termic după ovulație. Explicația creșterii temperaturii în perioada progesteronică este dată de acțiunea corpului galben asupra centrului termic din diencefal. În caz de sarcină incipientă, cînd menstruația nu mai apare, scăderea temperaturii bazale nu se mai produce. În sarcină (în primele 3—4 luni) femeia prezintă hipertermie moderată.

• Determinările *temperaturii bazale* pot servi ca teste de cercetare *a ovulației* și, respectiv, teste de *sterilitate hormonală.*

Scanned with OKEN Scanner

ETAPELE FIZIOLOGICE ALE FEMEII

PUBERTATEA ŞI MENOPAUZA

Generalităţi. Viaţa genitală a femeii este limitată de două extreme fiziologice, *pubertatea şi menopauza.* Indiferent de unele concepţii medicale, se consideră că *pubertatea* apare atunci cînd începe menstruaţia, iar menopauza, cînd încetează.

După cum se ştie, menstruaţia este o manifestare a activităţii estrogenice, care cauzează apariţia şi întreţinerea caracterelor sexuale secundare. Ori, apariţia şi dezvoltarea caracterelor sexuale secundare se efectuează la pubertate, într-o perioadă de timp, care durează doar cîteva luni înainte de prima menstruaţie şi un an după apariţia acesteia.

La menopauză dimpotrivă, regresiunea caracterelor sexuale secundare se efectuează în mod prelungit. În cazul *menopauzei naturale* pot trece mai mulţi ani ca regresiunea să fie observată. În *castrarea chirurgicală,* regresiunea se observă complet numai în epoca în care s-ar fi produs menopauza naturală.

Pentru aceste motive, observaţia simplă, ne arată că opoziţia dintre pubertate şi menopauză nu este decît aparentă şi că *pubertatea marchează începutul unei activităţi genitale, care merge crescînd pînă la menopauză, epocă în care activitatea genitală încetează.*

• Mai există încă o părere care a devenit curentă, că: *pubertatea şi menopauza reprezintă perioade ale existenţei femeii, considerate ca normale,* fiind şi cele mai importante perioade din viaţa femeii (cele mai vulnerabile).

PUBERTATEA NORMALĂ

Pubertatea nu este un moment al existenţei, ci este o fază în care se produce transformarea fetiţei în femeie, stare care este considerată ca atare în momentul apariţiei primei menstruaţii.

• *Menstruaţia.* Experienţa clinică a arătat că primele cicluri nu constituie adevărate menstruaţii, deoarece fetiţa-femeie nu este încă fecundabilă. Este, de asemenea, binecunoscut faptul că primele menstruaţii nu sînt ovulatorii.

Vîrsta la care apare prima menstruaţie este variabilă după rase şi după anumite regiuni geografice, chiar după mediul urban sau rural. Se pare că menstruaţia este cu atît mai precoce cu cît ne apropiem de ecuator, dacă pornim din nordul globului terestru. *La noi în ţară* menstruaţia apare cu maximum de frecvenţă între 12 şi 13 ani, cu oscilaţii între 10 şi 15 ani, dar acestea nu sînt semnificative. În ultimul timp s-a observat că, în fiecare deceniu (pe baza unor cercetări în timp), menstruaţia apare mai devreme.

• În afară de aceste considerente generale apariţia menstruaţiei mai poate fi condiţionată şi de starea de:

— igienă a individului,

— alimentaţie (mai ales carenţele sînt capabile să provoace variaţii sensibile în apariţia pubertăţii);

— surmenajul fizic şi intelectual au de asemenea o influenţă asupra apariţiei menstruaţiei.

Scanned with OKEN Scanner

Există apoi observația că menstruația apare de preferință în anumite sezoane și anume: *primăvara* și *vara*. Aprilie și august se pare că sînt lunile cele mai bogate în fete pubere. Între aceste sezoane și apariția menstruației s-a făcut o corelație cu radiațiile solare și, în special, cu cele calorice.

Caracterele sexuale își fac apariția cu cîteva luni înainte de apariția primei menstruații:

— vaginul care era orientat înainte, la fetiță, se orientează apoi în jos,

— labiile mici cresc și depășesc labiile mari,

— sînii se dezvoltă, în primul rînd se dezvoltă mamelonul, apoi se hipertrofiază sînul, ajungînd la dimensiuni variabile, uneori sînul drept este mai mare ca sînul stîng;

— sistemul pilos se dezvoltă, primii peri apar pe pube apoi la axilă. La nivelul pubelui perii se delimitează printr-o linie dreaptă față de abdomen. Spre deosebire de băieți la fete nu apar peri pe menton și mustața, datorită inhibiției făcută de estrogeni;

— glandele sudoripare secretă la fete o secreție cu miros de mosc;

— talia suferă influențe majore, observîndu-se un puseu de creștere. Secreția de estrogeni produce inhibarea creșterii, care încetează la 15—16 ani;

— toracele se lărgește, laringele suferă puține modificări, inima își dublează aproape volumul, pulsul este 80—90 pe minut;

— creierul crește în volum, din vagotonice fetele devin simpaticotonice;

— se produce o criză psihică generală, caracterizată printr-o emotivitate excesivă, crize de afectivitate, apariția dorinței pentru a atinge un ideal, fapt pentru care această perioadă a fost numită vîrsta „ingrată".

Fenomenele hormonale ale pubertății. Hipofiza și *ovarul* sînt glandele care sînt *responsabile* de apariția pubertății. *Pubertatea* a fost considerată ca o *revoluție hormonală*, dar se pare că hipofiza și ovarul au rolul preponderent în acest proces și sînt indispensabile. *Tiroida* crește în volum la pubertate. *Timusul* suferă o involuție proporțională cu apariția fenomenelor sexuale. *Epifiza* joacă de asemenea un rol (tumorile epifizare produc pubertate precoce). *Suprarenala* este responsabilă de apariția virilismului și a hirsutismului în unele cazuri.

Declanșarea pubertății. Antehipofiza declanșează secreția hormonilor sexuali, care sînt absolut necesari pentru apariția pubertății. Hipofiza nu poate acționa decît asupra unor ovare care au foliculi maturi. Se poate afirma că nu se cunoaște exact mecanismul prin care se declanșează pubertatea.

PUBERTATEA PATOLOGICĂ

Tulburări endocrine ale pubertății. Pubertatea precoce. Se înțelege pubertatea care apare sub vîrsta de 11 ani. Se citează cazuri de apariția menstruației la 1 an, 2 ani. De la vîrsta de 9 ani pubertatea nu mai este considerată ca anormală.

Pubertatea tardivă. Este pubertatea care apare după vîrsta de 16 ani. Adesea se însoțește de tulburări endocrine ca: *sindromul adipozo-genital* (Babinski—Frölich), alteori *tulburări hipofizare funcționale*, sau unele *infantilisme* (tip Lorain, Brissaud sau Hertogne), unde caracterele sexuale sînt aproape absente.

Tulburările de creștere se datoresc insuficienței hipofizare complete și,

Scanned with OKEN Scanner

de obicei, constituie boli endocrinologice tipice.

Tulburările de menstruație. După menstruație pot apare tulburări, fie prin *lipsă*, fie prin *exces*. În general, este vorba de un dezechilibru hormonal. Tratamentul endocrin corect este favorabil. Înainte de a începe un tratament endocrin postpubertar se recomandă un diagnostic precis: *hematocolpos, hematometrie* sau *amenoree adevărată*, fie datorată unor *afecțiuni cașectizante*, fie unor sindroame endocrine individualizate etc.

În cazul *menstruațiilor excesive* se recomandă de asemenea precizarea diagnosticului: instabilitate hipofizo-ovariană, hiperfoliculinie, hipofoliculinie, menometroragii lezionale, distiroidii primitive etc.

• De un real folos este *examenul cito-vaginal* și unele *determinări hormonale*. Tratamentul hormonal va fi cel etiopatogenic.

MENOPAUZA

Menopauza (*men* = lună și *pausis* = oprire) semnifică încetarea definitivă a menstruațiilor. Este un fenomen fiziologic complex, nu numai un episod hormonal de declin al funcției ovariene, ci un fenomen *pluriglandular*, legat de multiple modificări endocrine, metabolice și nervoase.

Menopauza este caracterizată printr-un repaus al ovarului și al mucoasei uterine.

În unele cazuri există anumite fluctuații ale menstruației.

Fazele menopauzei. În urma cercetărilor clasice efectuate de către Zondek, azi este unanim admis că există 3 faze ale menopauzei.

— *Primul stadiu* este *hiperhormonal*, caracterizat printr-un exces de estrogeni, decelabili în sînge și în urină. Cantitatea de foliculină poate atinge 200 U.I. pe 1 litru de urină.

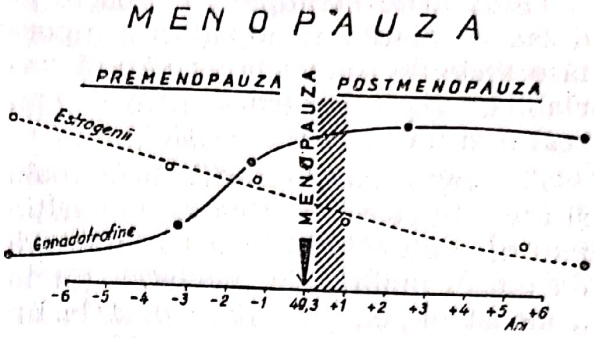


Fig. 30 — *Climacteriul:* premenopauza, menopauza și postmenopauza. Curbele de eliminare ale estrogenilor și gonadotrofinelor (după Kaiser și Daune).

— *Al doilea stadiu* este caracterizat prin *dispariția activității ovariene*, (foliculinuria devine nedozabilă).

— *Al treilea* se caracterizează prin *apariția prolanuriei*, a hormonului gonadotrof în exces.

Corespondența clinică a acestor faze: Primul stadiu de *hiperfoliculinie* se exteriorizează clinic fie printr-o *rărire a menstruațiilor:* amenoree, oligomenoree, hipomenoree, sau printr-un *exces menstrual:* polimenoree, hipermenoree, sau chiar așazisele *stări hemoragice*.

Stările de insuficiență menstruală exteriorizează fie un blocaj hipofizar care face imposibilă maturația foliculilor ovarieni fie o *hiperplazie glandulo-chistică a endometrului*, care se întîlnește foarte frecvent în stările de menopauză. În timpul acestei perioade de hiperplazie glandulo-chistică a endometrului, avînd în vedere și puterea congestionantă a foliculinei, pot apare hemoragii la intervale neregulate și variabile cantitativ.

Faza *hipohormonală* se poate desfășura fără nici o manifestare clinică.

Scanned with OKEN Scanner

Stadiul prolanuric, constă din *eliminarea urinară a hormonilor hipofizari,* care nu mai sînt utilizaţi de organism.

Tulburările menopauzei. Foarte adesea instalarea menopauzei comportă o serie de tulburări de natură variabilă, fapt pentru care a mai fost numită şi „vîrsta critică".

Tulburări vasomotorii: Principala şi cea mai caracteristică este apariţia *valurilor de căldură,* care se observă de obicei înainte de încetarea totală a menstruaţiei, pot apare pînă la un număr de 20 de valuri de căldură pe 24 de ore. Acestea reprezintă de fapt accese de vasodilataţie cutanată, uneori generalizate, alteori localizate la faţă, la partea superioară a toracelui, uneori însoţite de sudaţii.

Se pot întîlni apoi crize de congestie hepatică şi oculară, pusee hemoroidale, poate apare aşa-zisa „febră de menopauză", care are toate caracterele febrei endocrine, cauzată de excesul de hormon tireotop. Cefaleea este destul de frecventă, precum şi vertigiile. Hipertensiunea şi tahicardia arată, de obicei, o *tulburare simpatică.*

Tulburări autotoxice. În acest cadru se pot enumera *tulburările psihice,* care pot merge pînă la demenţă, anxietate. În formele minore poate apare numai o emotivitate exagerată, cu unele schimbări de caracter, cu hipocondrie şi uneori misticism. Pot apare şi unele dermatoze (eczemă localizată la vulvă, urticarie etc.) şi *tulburări digestive* (dispepsii, diaree, constipaţie, litiază biliară).

Tulburări ale metabolismului grăsimilor. Tulburări trofice. Adesea se observă în menopauză apariţia obezităţii, dar nu toate acestea sînt de natură endocrină. Unele sînt consecinţa încetării activităţii fizice. Se descriu două tipuri de obezităţi de menopauză:

— *una generalizată,* de origină hipofoliculinică, care survine la femeile mai puţin active, cu metabolismul bazal scăzut;

— alta *regională,* hiperfoliculinică, care se întîlneşte la femeile agitate, cu insomnii sau hipertiroidiene.

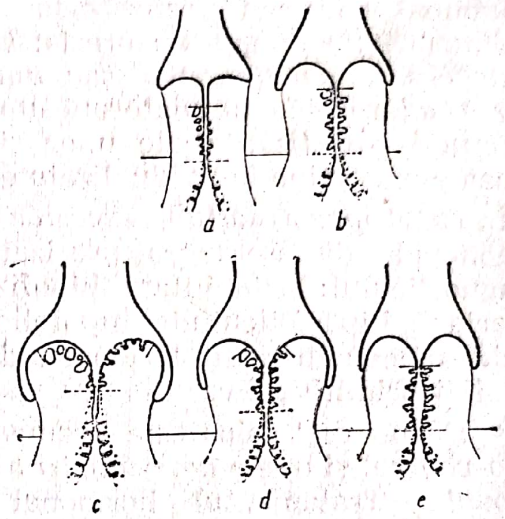


Fig. 31 — *Aspecte ale colului uterin în diferitele faze ale vieţii* (după Ober, Schneppenheim, Hamperl, Kaufmann):
a — la fetiţe; *b, c* — la femeia adultă; *d* — în climacterium; *e* — în senescenţă.

Uneori determină o stare de slăbire generalizată, care poate merge pînă la caşexie, (care face să ne gîndim la o insuficienţă hipofizară). Alteori, greutatea femeii rămîne constantă fără cea mai mică modificare.

Mult mai rar pot apare tulburări trofice: *craurozisul vulvar,* unele *scleroze* ale organelor genitale externe (cu aspect livid şi atrofie, stenoză, prurit şi ulceraţii) care se întîlnesc numai în stadiul hipohormonal al menopauzei.

Se mai pot observa în menopauză şi unele *hemoragii, varice ale membrelor inferioare, pusee de hipertensiune,* care se accentuează progresiv.

Determinismul menopauzei. Pentru a explica apariţia menopauzei tre-

Scanned with OKEN Scanner

buie să ne gîndim, în primul rînd, la viaţa genitală a femeii care este reglată de *sistemul hipotalamo-hipofizo-ovarian*. Menopauza marchează dispariţia funcţiilor lor. Endocrinologii au căutat să precizeze care este rolul hipofizei şi care al ovarului. Se pare că în timpul vieţii genitale a femeii, între cele două glande există un raport bine stabilit, armonic. La menopauză acest raport se deranjează, iar tulburările care apar se datoresc mai mult hipofizei decît ovarului.

Tratamentul. Tratamentul tulburărilor este complex şi nu se poate recomanda o schemă tip. În tratamentul menopauzei se indică:

— *foliculina,* de obicei 5 mg estrogeni, de 2 ori pe săptămînă, cîteva luni (3—6 luni);

— în *hemoragii,* progesteron sau testosteron, eventual roentgenterapie hipofizară, în perioadele corespunzătoare menstruaţiei;

— *tulburările vasomotorii* beneficiază de un tratament favorabil prin frenarea tiroidei, administrîndu-se diiodtirozină (1—2 comprimate pe zi);

— împotriva *tulburărilor simpatice* se poate administra bromura de potasiu sau barbiturice, în dozele obişnuite;

— *tulburările autotoxice,* se vor combate prin administrarea de hormoni ovarieni. Se va recomanda un regim sărac în colesterol, viaţa în aer liber, cura de altitudine, opoterapie hepatică, evitarea intoxicaţiilor (alcool, tutun);

— *tulburările de metabolism* şi *tulburările trofice* sînt bine influenţate de foliculină (5 mg pe săptămînă). *Calciterapia* este indicată mai ales cînd se asociază şi tulburări articulare. În retenţia exagerată de apă se pot folosi diureticele de diferite tipuri.

SENESCENŢA

După menopauză, la un oarecare timp, se instalează senescenţa. Din punct de vedere ginecologic, se înregistrează o serie de modificări morfologice ale sferei genitale, care se atrofiază. Această stare a fost atribuită lipsei de activitate a ovarului.

Senescenţa nu este o boală ci este o perioadă naturală a vieţii femeii, ea nu necesită nici un tratament medical special. În ultimul timp, mai ales la noi, această vîrstă beneficiază de o serie de ameliorări prin gerovital.

Trebuie menţionat că uneori poate apare precoce, cînd se asociază cu ateromatoză.

Scanned with OKEN Scanner

SIMPTOMELE PRINCIPALE ÎN GINECOLOGIE

Patologia ginecologică este săracă în simptome patognomonice, din care cauză medicului i se cere o subtilitate deosebită pentru a pune un diagnostic precis. Tablourile clinice ginecologice sînt dominate, aproape în toate cazurile, de 3 simptome: *durerea, leucoreea* și *hemoragia.*

DUREREA

Este simptomul care aduce de cele mai multe ori femeia la medic.

După I. Baciu, durerea este o modalitate somestezică și viscerală.

• În comparație cu alte senzații ca cele termice, tactile, vizuale, auditive, care nu sînt în general însoțite de o participare afectivă (psihofiziologică), durerea comportă un grad de anxietate și o stare psihică dezagreabilă, și poate fi însoțită de o serie de reflexe cu caracter segmentar și suprasegmentar, la nivelul etajelor superioare ale sistemului nervos central.

Reflexele segmentare se pot grupa în:

— *reflex nociceptiv,* de flectare a unui segment al corpului în care musculatura abdominală joacă un rol deosebit,

— *reflexe vasodilatatoare,* cu caracter segmentar sau local.

Reflexe suprasegmentare interesează în special:

— *ritmul cardiac,*

— *tonusul vaselor periferice,* cu repercusiuni asupra tensiunii arteriale care crește în durerea cutanată și scade în durerea viscerală,

— *tonusul simpatic* crește, (dilatarea pupilei, accelerarea inimii, secreția sudorală).

Excitantul dureros se numește *excitant algic* sau, după denumirea dată de Sherrington, *stimul nociceptiv.*

Cercetări cu metode moderne au arătat că pentru a produce o senzație dureroasă este necesară o creștere a *intensității stimulului de 2000 de ori,* sub această limită terminațiile nervoase libere determină o senzație de rece sau o senzație tactilă.

Din cercetările de fiziologie rezultă că *terminațiile libere nervoase,* suferă o adaptare foarte lentă, din care cauză durerea durează timp îndelungat, spre deosebire de stimulul tactil la care adaptarea este mult mai rapidă.

• Durerea, sau mai precis senzația de durere, are o mare importanță clinică și biologică în general, deoarece ea, ca un proces fiziologic normal, informează individul asupra limitelor lui de adaptare, de apariția

Scanned with OKEN Scanner

unor agenţi nocivi care compromit integritatea şi capacitatea funcţională a organismului în general. Concomitent cu apariţia durerii apar o serie de *reflexe vegetative* şi *somatice* care au, în final, acelaşi scop de a informa individul asupra necesităţii adaptării la noile condiţii create (I. Baciu).

Este cunoscut faptul că numai bazaţi pe durere nu se poate pune un diagnostic, iar, în ginecologie, trebuie, alături de cunoştinţe medicale, şi cunoştinţe de psihologie.

Exagerările pot recunoaşte 3 cauze:

— *bolnave care reacţionează* excesiv la cea mai mică excitaţie. Acestea descriu cu un lux de amănunte durerea lor şi la care obiectiv se poate găsi ptoză abdominală, prolaps ovarian, ante sau retroversie uterină.

— *alt tip de exagerare* este cea în minus, de obicei cu scopul de a evita un examen genital sau un tratament chirurgical. Unele din acest grup caută să distragă atenţia medicului concentrînd durerea asupra altor organe.

— *psihopatele*, nu prezintă nici o leziune genitală. Unele din acestea sînt pitiatice sau anxioase. Va trebui mare atenţie din partea medicului pentru a clasa în această categorie ginecopată, deoarece foarte adesea leziuni sclerochistice imperceptibile ale ovarului pot duce la asemenea dureri, sau alterări ale mucoasei uterine precum şi unele nevrite ale nervilor pelvieni care nu pot fi puse în evidenţă numai prin examen histopatologic.

• *Durerea* este un simptom general, întîlnit în toate specialităţile, dar, în ginecologie, are un *anumit specific*. Intensitatea durerii, sediul şi ritmicitatea sînt în funcţie de următorii factori: *inervaţia aparatului genital feminin, tipul de sistem nervos al femeii, gradul lezional local.*

Excitanţii care produc durerea sînt, ca şi în alte domenii medicale, *externi* şi *interni*. Cei *externi* acţionează în special asupra tegumentelor organelor genitale. Cei *interni* acţionează asupra ţesuturilor profunde.

După *ţesutul* asupra căruia acţionează se împart în:

a. *excitanţi viscerali,* cu acţiune directă asupra organului (metrită, fibrom uterin, chist ovarian etc.).

b. *excitanţi peritoneali* cu acţiune asupra seroasei peritoneale (colecţii purulente sau sanguine în cavitatea peritoneală).

c. *excitanţi celulari* (parametrită, celulite pelviene).

d. *excitanţi vasculari* (tromboze, arterite).

e. *excitanţi nervoşi* (leziuni de nevrită secundară).

Aceşti excitanţi acţionează negativ asupra tuturor interoceptorilor care sînt răspîndiţi în toate organele genitale, asemănătoare cu corpusculii lui Paccini.

• Excitaţiile recepţionate de *interoceptori* sînt transmise pe căile senzitive pe două traiectorii:

— *nervul hipogastric*, plexul hipogastric şi lanţul simpatic paravertebral, care alcătuieşte *calea nevertebrală* şi culege senzaţiile de la corpul uterin şi anexe (ovare, trompe).

— *nervii erigens* (a lui Eckardt), cale secundară, culege senzaţii venite de la colul uterin şi vagin.

• *Caracterele durerii. Localizarea durerii* se poate face pe două axe:

— *Axa laterală*, care reflectă fosele iliace (drept şi stîng) este localizarea specifică pentru durerea anexială.

— *Axa mediană* reflectă durerile provenite din hipogastru, excavaţia pelviană, regiunea pelviperitoneală,

Scanned with OKEN Scanner

localizarea specifică pentru uter şi perineu.

• *Intensitatea durerii* este în funcţie de *tipul de sistem nervos*. Există unele femei care nu percep durerea, suportînd intervenţia fără nici un fel

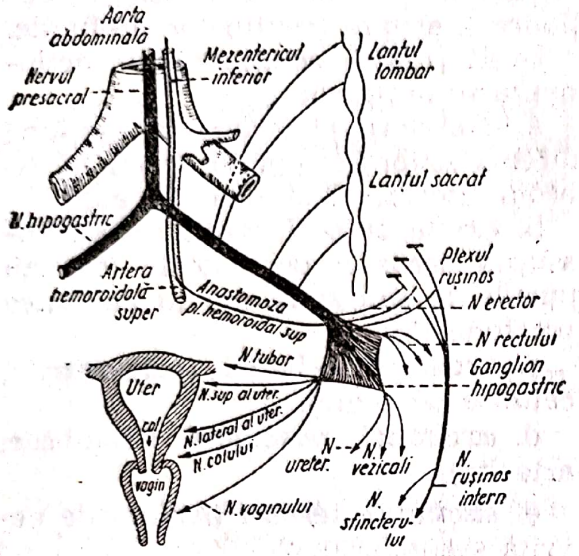


Fig. 32. — *Schema inervaţiei uterine şi pelviene* (după Trillat—Magnin).

de anestezie, iar altele chiar cu anestezie o percep (în funcţie de sensibilitatea individuală).

• *Periodicitatea durerii:* durerea poate fi *periodică* şi *neperiodică*.

1. *Durerile periodice,* ritmate de ciclul menstrual se pot diviza în:

a) *durerile intermenstruale,* care apar în cea de a 12—14-a zi a ciclului, numite de autorii germani „Mittelschmerz" a căror patogenie nu este încă precizată. Ele pot fi însoţite în unele cazuri şi de o mică hemoragie „cîteva picături" cum este descrisă de unele femei.

b) *durerile premenstruale,* pot fi datorate unor procese inflamatorii, ovare sclerochistice, sau unor tulburări hormonale cum este insuficienţa progesteronică absolută sau relativă.

c) *durerile menstruale* (dismenoreea) apar puţin înainte de menstruaţie şi durează tot timpul menstruaţiei, sau pot ceda în ziua a doua sau a treia a menstruaţiei.

d) *dureri continue nevralgice.*

e) *dureri discontinui,* colici uterine, care apar de obicei în avort. Aceste dureri survin în hipoplazii genitale, hiperflexiuni uterine (retro sau ante), stenoze cervicale, procese inflamatorii, fibrom uterin, endometrioză.

f) *dureri postmenstruale,* sînt mai rare şi survin în unele procese inflamatorii, care au fost reactivate de menstruaţie.

2. *Dureri neperiodice,* sînt:

a) *supraacute,* paroxistice, de o violenţă extremă, dau stări sincopale, ele reprezintă *tabloul urgenţelor ginecologice* (abdomen acut ginecologic) survin în: *sarcina extrauterină ruptă, piosalpinx perforat, tumori torsionate,* ovar sau trompă torsionată, hemoragii, *apoplexii genitale.*

b) *acute* trădează, de obicei, inflamaţiile genitale (metroanexite, pelviperitonite) sarcină extrauterină, avort în curs etc.

c) *dureri subacute,* de intensitate mai mică, se suportă mai uşor. Se instalează insidios, progresiv şi sînt caracteristice pentru tumorile utero-anexiale (fibrom, chist), sau procese inflamatorii subacute.

d) *durerile cronice* sînt continue, permanente, se exteriorizează la examenul genital, la contact sexual, efort, mers, trepidaţii, tuse etc. Au mai mult un caracter de tensiune permanentă în pelvis şi exteriorizează, de obicei, procese inflamatorii cronice (metroanexite, celulite), tumori utero-anexiale mai mici, tulburări de statică, plexalgii, retroversii flexii, prolaps genital.

• *Iradierea durerii.* În ginecologie această *iradiere* se face după zonele de proiecţie ale lui *Head:*

a) pe *zona mediană* (8—10 cm) deasupra simfizei și diminuează lateral;

b) *dorsal*, pe jumătatea superioară a sacrului;

c) iradieri *îndepărtate* spre vezica biliară, stomac, colon, umăr (sarcină extrauterină), membrele inferioare și coccis.

d) iradieri *profunde*, proiectate spre fundurile de sac vaginal, Douglas, exacerbate de tușeul vaginal și defecație.

Diagnosticul diferențial al durerii ginecologice:

— apendicită, colită, rectosigmoidită

— cistită, cistopielită, criză renoureterală

— artralgii și osalgii.

— nevralgii, plexalgii.

LEUCOREEA

Leucoreea fiziologică. Cuvîntul *leucoree* etimologic = scurgere albă, (*leucos* = alb și *ree* = scurgere). În stare normală toate segmentele aparatului genital feminin au o oarecare secreție (scurgere) dar nu abundentă.

Mucoasa labială se acoperă de o secreție *albă cremoasă.*

Glandele lui Bartholin secretă un *mucoid incolor, vîscos,* care se produce mai ales în timpul excitației sexuale.

Mucoasa vaginului cu toate că nu are glande, furnizează un *lichid albläptos* cu un *pH acid.* Această secreție este provenită din *transudația plasmatică* și *descuamația epitelială* a celulelor vaginale. În cursul sarcinii poate exista o *leucoree* fiziologică de origine vaginală.

Glandele colului uterin secretă o substanță *vîscoasă*, alcalină, analoagă cu albușul de ou. Are un pH de 8. Apare numai la femeile adulte între a 12-a și a 16-a zi a ciclului, date între care colul este ușor întredeschis.

În această perioadă, secreția cervicală, numită și *gleră*, cristalizează pe o lamă sub formă de *frunză de ferigă* și constituie un *test al secreției foliculinice.* Progesterona inhibă capacitatea glandelor de a secreta mucusul. La *femeia gravidă* sau care alăptează secreția are aspectul unui *lichid albicios,* de aspect *gelatinos,* cu multe *polinucleare.*

La *tinerele fete* această secreție apare la pubertate.

Endometrul, fără glande conține un lichid *alburiu,* alcalin, apos, puțin abundent, care nu e altceva decît un filtrat seros cu celule epiteliale.

Trompele sînt umectate de un lichid apos, alcalin, rezultat dintr-un transudat tubar.

Leucoreea patologică. Are diferite *aspecte:* de la *incolor* cum e apa, pînă la *alb lăptos, galben, galben-verzui* sau *rozat* în cazul în care se amestecă cu sînge. *Mirosul* este foarte variat; uneori *inodoră;* devine *fetidă* la cancroase sau cu miros de urină de șoarece în trihomoniaza genitală.

Leucoreea patologică este *foarte abundentă,* se exteriorizează, își schimbă caracterele, devine supărătoare. De cele mai multe ori este o reacție de apărare contra diferiților agenți patogeni pătrunși în căile genitale. Leucoreea poate fi asociată cu *prurit, arsură, durere* sau *macerație.*

ETIOLOGIA

1) *Leucoreele microbiene* sînt consecința unor infecții care pot cuprinde glandele lui Bartholin, vaginul, colul, uterul, trompele. Dintre *infecțiile* mai frecvente amintim:

Scanned with OKEN Scanner

a) *leucoreea gonococică,* care poate fi localizată pe oricare dintre segmentele aparatului genital feminin, dînd: bartolinita, vulvo-vaginita, metroanexita gonococică etc. Ea poate evolua acut sau cronic. *În gonococia acută* mucoasele sînt congestionate, apare febră, bolnava acuză dureri. În cea *cronică,* leucoreea este redusă, de culoare alb-gălbuie, bolnava prezentînd febră caracteristică gonocociei.

b) *leucoreea negonococică* poate fi determinată de oricare microb cantonat în căile genitale, apare de obicei după avorturi, nașteri, traumatisme sau în cazul unor boli generale cum ar fi diabetul etc.

2) *Leucoreea parazitară* este produsă de infestația cu Trichomonas vaginalis. Are o culoare alb-verzuie, este aerată, cu miros de mucegai. Mucoasa prezintă puncte hemoragice, bolnava acuză senzație de prurit și usturime. Secreția se exteriorizează și este jenantă pentru bolnavă. *Deficitul estrogenic* favorizează infestația; de cele mai multe ori parazitul trăiește în asociere cu alți germeni patogeni.

3) *Leucoreea micotică* este produsă de ciuperci de tipul: candida albicans etc. Ea este abundentă, are un aspect grunzos caracteristic (albă ca vaselina boricată).

4) *Leucoreea endocrină* este legată de *hipofoliculinism* care se asociază cu hipoplazie genitală, insuficiențe postinflamatorii, castrări chirurgicale sau radioterapie precum și cu tulburări de ordin trofic ale mucoasei vaginale.

• *Secreţiile purulente* vaginale, provin din regiunile învecinate, în: *osteite, abcese reci* (ale sacrului, ale fosei ischiorectale), *piometrie* după aplicări de radiu.

• **Hidroreea** este o secreție apoasă (se poate confunda cu urina). Ea poate fi de origină vaginală sau uterină (cauzată de un dezechilibru vago-simpatic, sau în hiperexcitații sexuale). Uneori poate fi un simptom de cancer al corpului uterin, a unui fibrom sau endometrite.

HEMORAGIA

Este simptomul cel mai *impresionant* și mai *important,* deoarece foarte adesea poate pune în pericol viața femeii.

Hemoragiile genitale pot fi:

Hemoragii vulvo-vaginale prin: traumatisme, viol, deflorare, accidente, căderi etc.; tulburări distrofice, hipoplazii, distrofii, atrofii, inflamații tumorale, polipi, cancer, papiloame; agenți chimici sau caustici endometrioza.

Hemoragiile sînt ușor de pus în evidență, locul lor de origină fiind vizibil, fapt care ușurează diagnosticul.

Hemoragiile uterine *Metroragiile* sînt hemoragii neregulate, care se pot grupa în trei categorii distincte:

1) *Metroragii apărute* în cursul *vetii sexuale,* cauzate de avort, sarcină extrauterină, molă hidatiformă, fibrom uterin, chiste ovariene, endometrite, metroanexite, neoplasme de col sau de corp

2) *Metroragii apărute* în timpul *menopauzei,* care atrag atenția asupra unui proces malign și mai rar asupra unor scleroatrofii senile.

3) *Metroragile mai pot fi determinate de afecțiuni generale:* boala mitrală, hipertensiunea arterială și unele discrazii sanguine etc.

• *Menoragiile* sînt hemoragii menstruale prelungite peste 5—7 zile. Se datoresc fie unor *afecțiuni genitale* (fibrom uterin, polip uterin, neoplasme), fie unor *afecțiuni neuro-endocrine.*

Scanned with OKEN Scanner

• *Aspectul sîngelui în metroragii* poate fi:

— *roşu viu* în avort, fibrom uterin, polipi uterini etc.;

— *spălăcit apos* în neoplasmul de col uterin, fibroame uterine necrozate sau plăgi necrozate;

— *roşu închis negricios* — survine în sarcina extrauterină, hematometrie hematosalpinx, ou mort şi reţinut;

— *roşu cremos* în procesele inflamatorii.

• *Cantitatea sîngelui pierdut* variază de asemenea în raport cu diferitele afecţiuni: *redusă* în cancerul de col, *abundentă* în avorturi, fibrom uterin, traumatisme, plăgi ale organelor genitale; *capricioasă* în ovarul sclerochistic şi sarcina extrauterină.

• *Fenomene care însoţesc hemoragia:*

— *dureri* mai mult sau mai puţin accentuate survin în hipoplazii uterine, stenoză cervicală, noduli fibromatoşi;

— dureri sub formă de *colici* în avort, polipi endocervicali (pe cale de naştere);

— *dureri violente* în sarcina extrauterină, torsiuni de organe;

— *starea de anemie acută sau cronică* în sarcina extrauterină, fibrom uterin, cancer de col sau de corp uterin;

— *temperatura* însoţeşte hemoragiile în procesele inflamatorii.

• *Cauzele hemoragiilor* sînt variate şi se pot stabili prin examen clinic atent, şi de laborator.

Scanned with OKEN Scanner

EXAMENUL GINECOLOGIC

Examenul ginecologic cuprinde: *anamneza, investigaţiile clinice generale* şi *examenul local* completat cu examinări *paraclinice* şi *de laborator*, adaptate cazului.

ANAMNEZA

Anamneza precede examenul ginecologic. Acest moment (dialog) stabileşte încrederea reciprocă între medic şi bolnavă. Medicul trebuie să se adapteze cu multă afectivitate şi delicateţe gradului de cultură, sensibilităţii şi stării psihice a femeii. Să asculte cu răbdare şi atenţie toate mărturisirile bolnavei şi să-şi sistematizeze datele anamnestice adaptîndu-le la fiecare caz după simptomul dominant.

• *Diagnosticul este un proces mintal dinamic. El se conturează treptat, în cursul anamnezei, istoricului şi examenului fizic* (Coja, 1966). În general motivele pentru care o bolnavă apelează la consultul ginecologilor sînt:

— *tulburări menstruale:* amenoree, hipo- cu oligomenoree, menoragie, metroragie;

— *tulburări funcţionale:* sterilitate primară sau secundară, frigiditate, prurit vulvar, dispareunie etc.;

— *leucoree;*

— *dureri abdominale,* lombare, dismenoree;

— creşterea în volum a abdomenului;

— usturimi la micţiune, incontinenţă de urină;

— *febră* şi alterarea stării generale.

În cadrul *anamnezei* vom insista asupra următoarelor date personale: vîrsta, ocupaţia, antecedentele.

a) *antecedentele personale fiziologice* în care vom culege informaţii asupra datei apariţiei caracterelor sexuale secundare, menarha, caracterele ciclului menstrual, privind durata, abundenţa, dureri cît şi începutul vieţii sexuale cu influenţele sale.

— *antecedente personale obstetricale,* numărul şi felul naşterilor, avorturilor — complicaţiile avute.

b) *antecedente personale patologice.* Ne interesăm dacă a avut diverse boli *medicale* sau *chirurgicale,* gradul lor, intesitatea lor, şi asupra sechelelor, căutînd să vedem dacă nu au avut o influenţă asupra aparatului genital, atît anatomic cît şi funcţional. Apoi *antecedentele personale genitale:*

• — antecedentele *tumorale,* dacă acestea sînt însoţite de dureri cu

Scanned with OKEN Scanner

caracter acut, sau secreţii (albe sau roşii) şi dacă se însoţesc de o slăbire în forţă fizică şi greutate;

• — antecedente *inflamatorii ginecologice*, care reprezintă pînă la 60% şi chiar mai mult din totalul afecţiunilor genitale. În acest sens vom căuta să depistăm debutul, intensitatea crizelor dacă sînt periodice sau continue; localizarea; dacă sînt însoţite de alte fenomene ca: greţuri, vărsături, febră, meno-metroragii sau leucoree; dacă fenomenele se accentuează la contact sexual, la menstruaţie sau la examenul ginecologic etc.;

— *sterilitatea primară* sau *secundară;*

— *leucoreile,* la care ne interesăm asupra semnelor subiective (prurit, arsuri, usturime) completate cu date obiective în urma examenului clinic (cantitate, culoare) şi cu examinările de laborator;

— *tulburări de micţiune;*

— *hemoragii genitale,* la care ne interesează data debutului raportarea la fluxul menstrual normal, cantitatea.

ISTORICUL BOLII

Este necesar să fie consemnat foarte exact, amănunţit şi metodic, notînd toate detaliile. Cu mult tact trebuie să găsim adevărul. Bolnavele uneori exagerează, alteori ascund anumite aspecte; alteori confabulează sau chiar ascund adevărul inducînd în eroare medicul.

EXAMENUL FIZIC GINECOLOGIC

Pentru a evita unele greşeli posibile de diagnostic, înainte de examinare se face pregătirea bolnavei prin *evacuarea vezicii urinare* şi *a rectului.* Adesea o vezică plină este apreciată ca o *tumoră.* Afară de cazurile în care sondarea vezicală este absolut necesară, este preferabilă evacuarea spontană. În cazul în care un rect plin nu permite un examen corect, examinarea trebuie repetată după evacuarea rectului. Trebuie de asemenea notat că *nu este bine* a se face *spălături vaginale* cu cel puţin 24 ore înaintea examenului genital, pentru a nu se produce erori de diagnostic în ceea ce priveşte *examenul secreţiei vaginale.*

Examenul ginecologic se face pe *masa ginecologică.* Se recomandă o poziţie care să învingă tendinţa de apărare a bolnavei întrucît de cele mai multe ori are senzaţii dureroase. Este necesar să respectăm o anumită ierarhizare a gesturilor în cadrul examenului fizic ginecologic.

Se începe cu *inspecţia* vulvei, a vaginului, care se poate face cu *valvele* vaginale sau cu *speculul.* Se foloseşte o sursă de lumină bine centrată (reflector sau chiar sursa de lumină a colposcopului). Se face in-

Scanned with OKEN Scanner

specţia pereţilor vaginali şi a conţinutului vaginal.

Secreţia vaginală. Vaginul este acoperit de o mucoasă constituită dintr-un epiteliu pavimentos stratificat, umectarea mucoaselor genitale. El reprezintă un transudat al mucoasei vaginale amestecat cu epitelii descuamate şi cu secreţie cervico-uterină, floră microbiană saprofită.

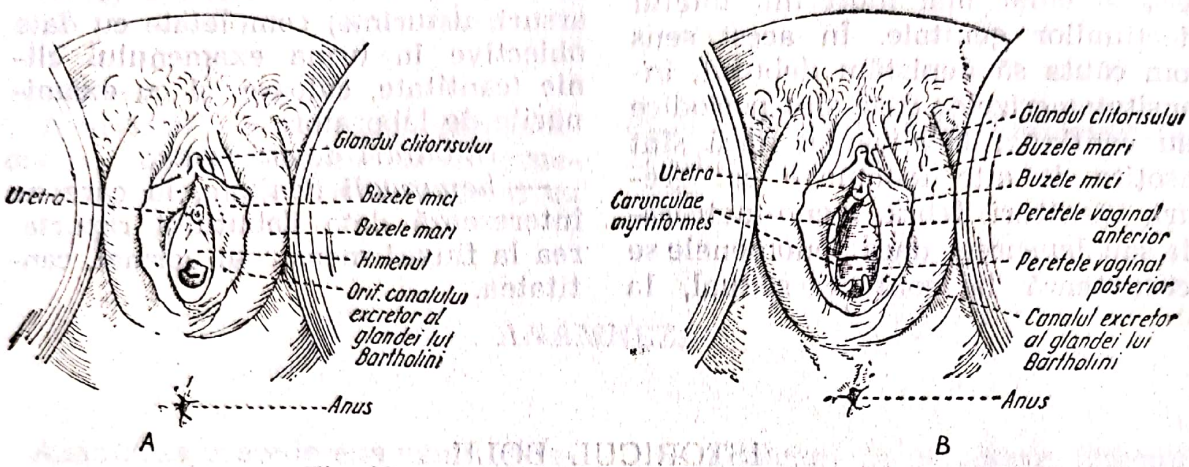


Fig. 33 — *Inspecţia vulvei* (după Schröder):
A — la virgine; *B* — la femei care au născut.

aşezat pe un corion intens vascularizat. Acest epiteliu reprezintă un receptor hormonal important, care suferă modificări structurale legate de funcţia ovarului. Mucoasa vaginală nu are glande.

Conţinutul vaginal, numit impropriu „secreţie vaginală", este de aspect alb-lăptos, în cantitate mică, fără miros, avînd rolul de a întreţine

PH-ul vaginal la femeia adultă sănătoasă este acid, prezentînd variaţii cuprinse între extremele de 4,5—6,2 legate de încărcarea estrogenică.

Flora saprofită descoperită de Döderlein (1892) la femeia adultă sănătoasă este reprezentată prin bacilul Döderlein, o specie de Lactobacilus acidofilus, adaptat la biologia vaginului. Bacilii Döderlein, glicogenul şi

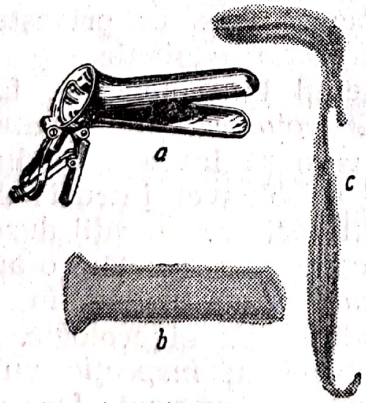


Fig. 34 — *Speculum şi valve vaginale* (colecţia Clinicii):
a — specul după Kusco; *b* — specul simplu (cilindric); *c* — valvă, după Simen, pentru peretele vaginal posterior.

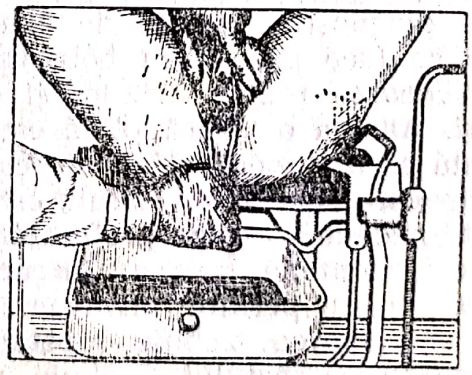


Fig. 35 — *Explorarea cu valvele* (colecţia Clinicii)

acidul lactic sînt factori de apărare ai vaginului față de infecțiile ascendente (autoapărarea vaginului).

• Prin distrugerea autoapărării vaginului se produce o modificare a florei vaginale, datorită pătrunderii

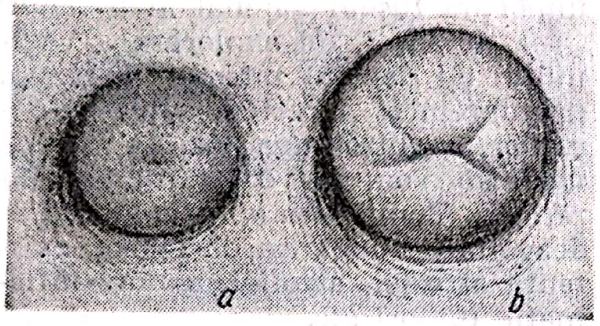


Fig. 36 — *Vizualizarea colului cu speculul sau la valve* (din colecția Clinicii):
a — col de nulipară; *b* — col de multipară.

germenilor din exterior cu apariția unui exod leucocitar în secreția vaginală. Apar astfel diferite grade de puritate ale secreției vaginale (Mann of Heurlin). Se deosebesc patru grade de puritate (după Schröder-Chapaz):

— *gradul I:* în secreție se găsesc numai bacili vaginali (Döderlein) și epitelii;

— *gradul II:* bacili vaginali (Döderlein), epiteliu, cîțiva germeni și cîteva leucocite;

— *gradul III:* puțini bacili vaginali, epitelii, coci grampozitivi și gramnegativi, multe leucocite;

— *gradul IV:* absența bacililor Döderlein, puține epitelii, multe leucocite (polinucleare), bogată floră microbiană.

Examenul secreției vaginale: Înainte de recoltare cu 2 zile este necesar un repaus terapeutic și sexual. Bolnava fiind în poziție ginecologică, se evidențiază vaginul cu speculul sau valvele și cu ansa, bagheta de sticlă sau pipeta se recoltează o picătură din conținutul vaginal, din *fundul de sac* posterior, *mijlocul vaginului* și din *cavitatea cervicală* precum și din *glandele parauretrale* și *meatul urinar.*

— *Trichomonasul* este identificat ușor în preparat nativ.

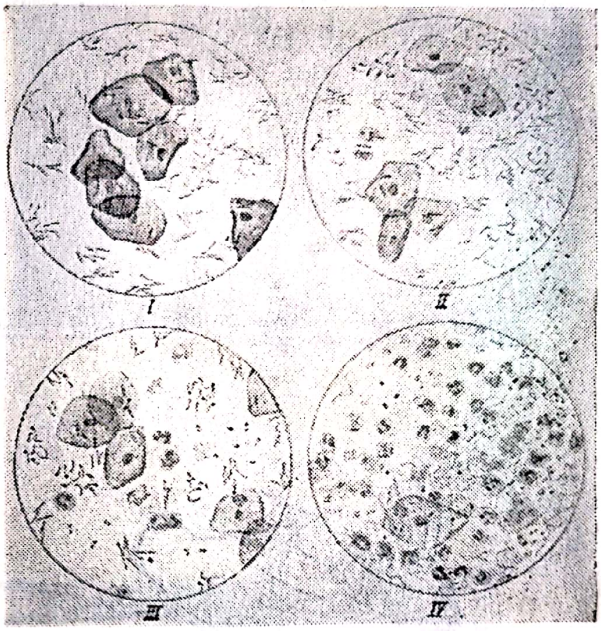


Fig. 37 — *Gradul de puritate vaginală* (după Pschyrembel):
I — bacili vaginali și epitelii (gradul I); II — bacili vaginali, epitelii, rare leucocite (grad de puritate II); *III* — bacili vaginali și epitelii în cantitate redusă, rari coci gram pozitivi și gramnegativi, numeroși bacili în virgulă, frecvente leucocite (grad de puritate III); *IV* — foarte frecvente leucocite, coci grampozitivi și gramnegativi, trichomoniaze, rare celule epiteliale, bacili vaginali absenți (grad de puritate IV).

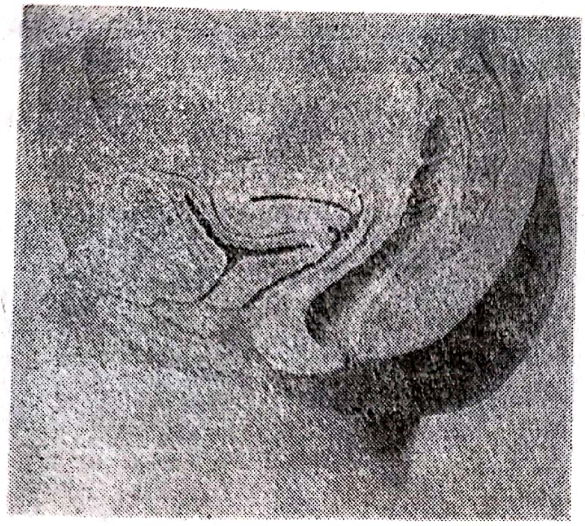
— În caz de suspiciune de infecție *gonococică* se face colorație Gram sau cu albastru de metilen.

— Conținutul vaginal poate fi examinat *bacteriologic, parazitologic, hormonal* și *oncologic.*

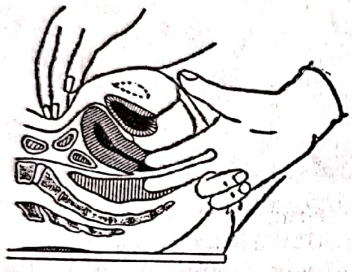
După inspecția vulvei, a regiunii perineale, a introitului, uretrei, începe tușeul vaginal propriu-zis.

Tușeul vaginal. Este cel mai prețios mijloc de examinare în ginecologie. Se va face întotdeauna luînd *măsuri de asepsie* pentru medic și bolnav. Îl vom face cu *mănuși sterile de cauciuc.* Medicul va fi plasat alături de bolnavă sau între gambele bolnavei. Se face cu un deget sau

Scanned with OKEN Scanner



a



b

c

Fig. 38 — *Explorarea organelor genitale interne ale femeii :*

a — Secţiune sagitală prin organele genitale interne ale femeii (după Huffmeister şi Schroder); poziţia normală a uterului: anteversie flexie uterină; *b* — tuşeul vaginal; *c* — tuşeul combinat: vaginal şi rectal.

două degete, indicele mîinii drepte sau stîngi sau indicele şi mediul. Este un tuşeu *combinat abdomino-genital* prin care dorim să explorăm toate segmentele aparatului genital *descriind modificările anatomice.*

• Pentru o mai bună înţelegere, împărţim tuşeul vaginal în 5 timpi:

— *timpul I,* de explorare a vaginului: cu degetul introdus în vagin parcurgem şi apreciem supleţea pereţilor, regularitatea lor. *În caz de vaginism* vom găsi o *contractură dureroasă.* Vom putea aprecia gradul de dezvoltare, lungimea, lărgimea, existenţa atreziei, atrofiei, a unei inflamaţii, tumori etc.

— *timpul II,* facem o mişcare circulară în jurul colului şi apreciem situaţia, direcţia lui. *Normal este în axul vaginului* aproximativ la 8 cm de vulvă. Prezintă o *consistenţă fermă de organ muscular dens;* este moale în sarcină; este dur-lemnos în epiteliom. Ne retragem cu degetul pe extremitatea liberă a colului şi apreciem orificiul extern al canalului cervical, care poate fi: punctiform la nulipare, transversal, cu rupturi la multipare; întredeschis, dehiscent, sau cu eroziune în caz de cervicite.

— *timpul III,* printr-o mişcare circulară înaltă în jurul colului explorăm *profunzimea fundurilor de sac vaginale,* şi obţinem relaţii asupra *istmului* şi *corpului uterin.* În mod normal fundul de sac posterior *este cel mai profund* şi este liber. În fundul de sac anterior simţim unghiul de flexiune al corpului pe col, în caz de anteflexiune şi tot aici vom putea găsi şi corpul uterin. În caz de retroflexiune unghiul va fi în fundul de sac posterior, de asemenea şi corpul uterin. În acest timp apreciem *supleţea fundurilor de sac.*

— *timpul IV,* de explorare a corpului uterin: mîna abdominală o pla-

Scanned with OKEN Scanner

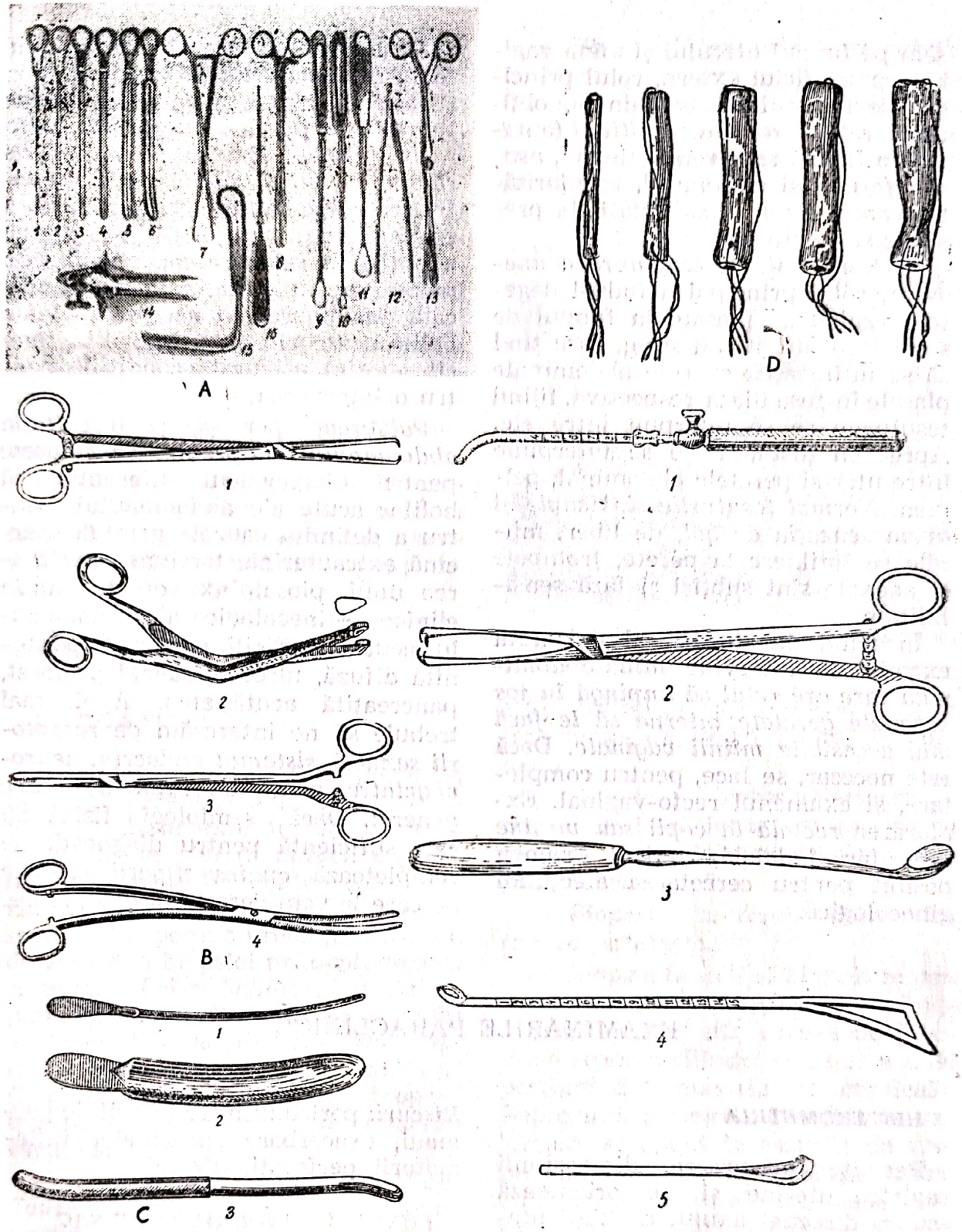


Fig. 39 — *Instrumentarul ginecologic* (colecţia Clinicii):

A. *1—6* — bujii metalice (Hegare); *7* — pensă de col (Museux); *8* — pensă de avort (Winter); *9—11* — chiurete fenestrate (de mărimi diferite); *12* — pensă chirurgicală; *13* — pensă de avort (Schultze); *14* — specul vaginal; *15* — valvă vaginală; *16* — histerometru. *B. 1* — pensă de col (Museux); *2* — pensă pentru biopsie; *3* — pensă de avort (port-tampon); *4* — pensă Lister-Boseman. *C. 1—3* — dilatatoare Hegar; *D* — dilatatoare laminarii. *E.* Instrumentarul ginecologic: *1* — histerometru; *2* — pensă tire-col; *3* — chiuretă plină (Volkmann); *4* — chiuretă plină (Asky); *5* — chiuretă fenestrată.

săm pe fundul uterului şi mîna vaginală pe orificiul extern, rolul principal revine mîinii abdominale, obţinînd *relaţii asupra poziţiei* (anteversie flexie, retroversie flexie), asupra *formei* şi *volumului*, regularităţii, *consistenţei*, *sensibilităţii* la presiune şi mobilizare.

— *timpul V*, de *explorare a anexelor*, rolul principal avîndu-l degetele vaginale, plasate în fundul de sac lateral drept sau stîng, care tind să se întîlnească cu cele abdominale plasate în fosa iliacă respectivă, filînd ţesuturile ce se interpun între ele. Apreciem distanţa ce se interpune între uter şi peretele abdominal, pelvian. *Normal ţesuturile sînt suple şi avem senzaţia de gol*, de liber, mîinile se întîlnesc la perete, trompele şi anexele sînt subţiri şi fără sensibilitate.

Începînd din timpul al doilea al examinării, intervine *mîna abdominală care are rolul să împingă în jos organele genitale interne să le facă mai accesibile mîinii vaginale*. Dacă este necesar, se face, pentru completare, şi examenul recto-vaginal. Explorarea *rectală la copii sau virgine* este, fără îndoială, unicul examen posibil pentru cercetarea afecţiunii ginecologice.

Examenul rectal este necesar în toate îmbolnăvirile *proctologice* şi în special în caz de suspiciune a unei tumori *maligne* a rectului şi a organelor genitale. Examenul în narcoză rămîne ca ultim mijloc pentru clarificarea examenului genital. Adesea este suficient un uşor rausch, pentru a obţine o relaxare musculară şi o palpare nestînjenită. Este contraindicată examinarea în narcoză în toate bolile acute ale anexelor, atîta timp cît nu sînt asigurate condiţiile pentru o intervenţie.

Palparea, percuţia şi auscultaţia abdomenului, împreună se folosesc pentru diagnosticul diferenţial al bolilor acute ale abdomenului, pentru a delimita cauzele genitale (sarcină extrauterină, torsiune, perforarea unui piosalpinx) de tablourile clinice neginecologice ale abdomenului acut (apendicită perforată, peritonită difuză, ulcer duodenal perforat, pancreatită acută etc.). Apoi, mai trebuie să ne interesăm de *receptorii sexuali, sistemul endocrin, neurovegetativ*, printr-un *examen clinic general*. Dacă semiologia fizică nu este suficientă pentru diagnostic se completează cu *investigaţii speciale* pe care le vom descrie în continuare.

EXAMINĂRILE PARACLINICE

HISTEROMETRIA

Permite măsurarea dimensiunii cavităţii uterine şi ne orientează asupra direcţiei axului cavităţii uterine. Se practică cu ajutorul unei tije metalice gradate, numit *histerometru*, după respectarea măsurilor de asepsie şi prinderea buzei anterioare a colului cu o pensă de col.

Riscuri: pericolul introducerii de germeni, exacerbarea proceselor inflamatorii, perforaţia uterină.

PUNCŢIA FUNDURILOR DE SAC VAGINALE

Poate aduce contribuţii la precizarea diagnosticului în multe afecţiuni ginecologice (sarcină extrauterină,

Scanned with OKEN Scanner

abces în Douglas, chist etc.). Pe lîngă *valoarea sa diagnostică* are şi un *interes terapeutic* (puncţionarea tumorilor cu evacuarea conţinutului lor, evacuarea colecţiilor şi terapia locală cu antibiotice etc.).

• *Tehnica.* Material necesar: valve sau specul, seringă, ace de puncţie vaginală. După *aseptizarea* vaginului, se prinde *buza posterioară a colului cu o pensă de col şi se trage în sus,* pentru a se pune în tensiune fundul de sac; se *puncţionează pe linia mediană* înapoia şanţului care marchează reflectarea mucoasei cervicale pe vagin.

Există şi o altă variantă a aşazisei *puncţii ţintite:* după reperarea tumorii, prin tuşeu vaginal se practică o puncţie ghidată pe mînă, printr-un tub fixat de tumoră.

Accidente: hemoragia prin puncţionarea unui vas; lezarea intestinului.

BIOPSIA SIMPLĂ

Prezintă o deosebită importanţă, avînd în vedere accesibilitatea organelor genitale externe. Ea poate fi practicată la nivelul *vulvei, vaginului, colului uterin.* Pentru colul uterin progresele realizate în studiul semiologiei permit precizarea locului de elecţie al biopsiei prin *colposcopie* şi testul *Lahm-Schiller.* Astăzi în patologia colului uterin se practică exclusiv *biopsia dirijată sau controlul colposcopic* şi testul cu lugol (Lahm-Schiller). *Tehnica* biopsiei trebuie să fie variată şi adaptată fiecărui caz în parte.

— *Biopsia cu pensă tip Douay-Faure* este larg folosită: după o bună expunere a colului acesta se prinde cu o pensă de col în vecinătatea zonei de biopsiat; din pliul format se recoltează cu biotomul un fragment de cca 5 mm grosime.

— *Biopsia în suprafaţă,* executată cu dermatomul cu lamă de ras tip *Crîngu,* este indicată în prelevarea biopsiilor exo-cervicale cînd leziunile sînt situate la distanţă de orificiul cervical extern. Avantajul metodei

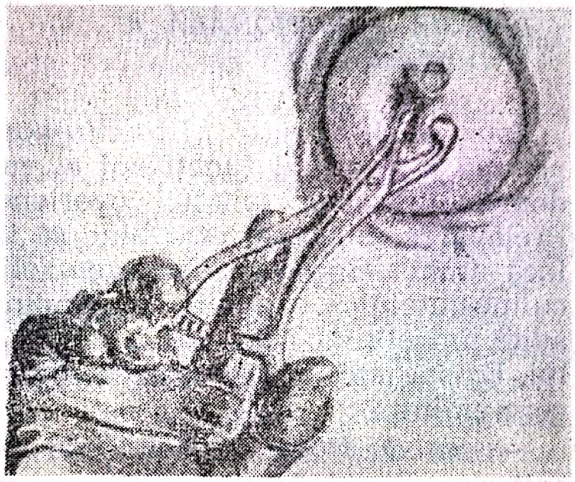


Fig. 40 — *Biopsie de col* (după Pschyrembel).

este posibilitatea prelevării unor fragmente de pe o suprafaţă mai mare.

— *Biopsia cu bisturiul* este superioară celei obţinute cu pensa de biopsie. Necesită puncte de sutură pentru hemostază.

— *Biopsia cu ansă diatermică* creează artefacte.

— *Biopsia în inel* şi *biopsia în con (conizaţie)* permit obţinerea în fragmentul biopsic, atît a zonei de joncţiune scuamo-cilindrice, cît şi a unei porţiuni din mucoasa exo-cervicală. Reprezintă o metodă deosebit de valoroasă: se aplică în cazurile de suspiciune clinică, de evoluţie către endocervix, a unui *neoplasm cervical* (la sîngerări anormale, fără o cauză evidentă a femeilor în menopauză sau în cazurile cu *frotiuri suspecte* de neoplasm, dar cu exocervixul normal).

Scanned with OKEN Scanner

AMPUTAŢIA DE COL UTERIN

Este indicată în leziunile cervicale foarte extinse, avînd, pe lîngă o valoare *biopsică,* şi o valoare *terapeutică.*

BIOPSIA FUNCŢIONALĂ A ENDOMETRULUI

Este o explorare *histo-cito-hormonală* a stratului funcţional al endometrului şi a funcţiei ovariene. Prelevarea mucoasei este bine să se facă atunci cînd transformarea foliculino-luteinică atinge maximum, adică între ziua a 21—25-a a ciclului. Există mai multe variante dintre care amintim:

— *metoda Novac* cu sondă de recoltare extrem de comodă, care nu necesită nici o dilatare prealabilă a colului uterin;

— altă modalitate este aceea a *raclării mucoasei* uterine după o prealabilă dilatare a colului uterin.

Indicaţii: sterilitatea de origină hormonală; tulburările hormonale; hemoragiile uterine.

Contraindicaţii: eventualitatea unei sarcini, inflamaţiile sferei genitale.

• Pentru *explorarea permeabilităţii tubare* se practică mai multe metode: insuflaţia tubară, injectarea de substanţe colorante în cavitatea utero-tubară şi histerosalpingografia.

INSUFLAŢIA TUBARĂ

Constă în *introducerea de aer* sau, în condiţii de dotare corectă — *bioxid de carbon,* — sub presiune în sens antiperistaltic, *ascendent,* prin uter, trompe, pînă în cavitatea peritoneală. La un *manometru* se citesc variaţiile de presiune. Se începe de obicei cu o presiune de 150—200 mm Hg. Dacă se observă o scădere bruscă a presiunii la cca 60 mm se consideră trompele permeabile. În lipsă de aparat, putem — mai simplu — utiliza sonda Schultze sau *sonda simplă* care să realizeze o închidere etanşe a colului. *Permeabilitatea tubară* se poate constata cînd există următoarele semne: perceperea la auscultaţie în etajul abdominal inferior a unui *zgomot* datorat trecerii gazului prin trompa permeabilă,

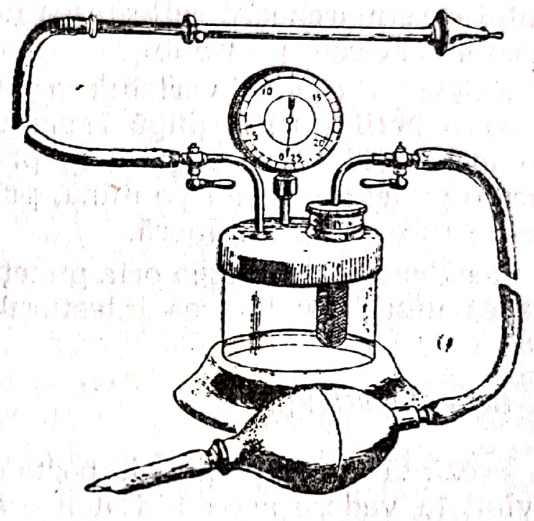


Fig. 41 — *Aparat pentru insuflaţie tubară tip Douay.*

durerea scapulară dreaptă datorită iritării filetelor subdiafragmatice ale frenicului; imaginea radiologică de pneumoperitoneu; dispariţia matităţii hepatice în poziţie semişezîndă cu apariţia unei sonorităţi prehepatice.

Ca o variantă a influenţei tubare menţionăm *insuflaţia tubară chimografică* (aparatul lui Bonnet): insuflare de bioxid de carbon cu debit constant şi înregistrarea grafică a variaţiilor de presiune din cavitatea utero-tubară. Se descriu diverse tipuri de curbe caracteristice corespunzătoare diverselor leziuni tubare.

Scanned with OKEN Scanner

INJECTAREA DE SUBSTANȚE COLORANTE

Această metodă constă în introducerea, prin o canulă, a unei substanțe colorante în cavitatea uterotubară. Substanța colorantă nu este resorbabilă la acest nivel, dar *are resorbție peritoneală*. După alcătuirea unei *scări colorimetrice* se compară urina recoltată prin sondă, *testul* fiind după gradul de resorbție pozitiv, dubios pozitiv, slab pozitiv și negativ. Substanțele colorante folosite sînt *indigocarminul, albastrul de metilen, fenolftaleina* etc.

EXPLORAREA RADIOLOGICĂ

Explorarea radiologică a organelor genitale feminine dispune de un mare număr de procedee.

— *Pelvigrafia gazoasă* este radiografia pelvisului pregătit doar prin pneumoperitoneu.

— *Ginecografia* este asocierea *histerosalpingografiei,* cu pneumoperitoneul pentru a obține simultan conturul intern și extern al organelor genitale.

— *Histerosalpingografia* constă în injectarea de substanță radioopacă (lipiodol) în cavitatea uterină, de unde trece, în caz de permeabilitate tubară, în trompe și peritoneu. Se fac două *clișee radiologice,* primul după introducerea substanței opace, al doilea la 24 ore. Prezența lipiodolului în cavitatea peritoneală se consideră ca probă *Cotte pozitivă.*

Histerosalpingografia permite decelarea *anomaliilor latente* sau indescifrabile numai prin examenul clinic al uterului și a trompelor (menționăm sterilitatea; diagnosticul unor *tumori pelviene* în care uterul este greu de separat de anexe, *insuficiența menstruală* datorită sinechiilor uterine spontane sau consecutive chiuretajelor). *Contraindicații:* sarcina, infecția genitală acută sau subacută, hemoragiile.

CELIOSCOPIA

Este endoscopia cavității abdomino-pelviene. Se face cu aparate asemănătoare pleuroscopului. Tehnica este următoarea: se începe prin a se

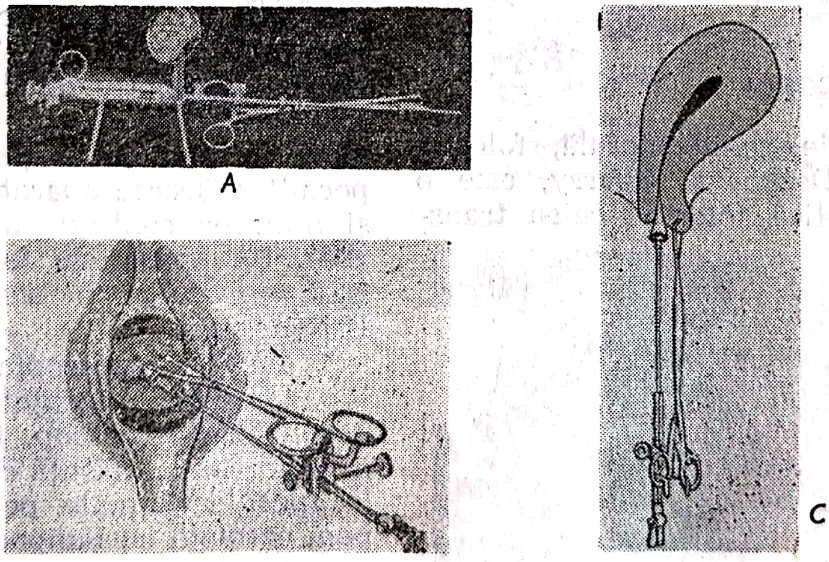


Fig. 42 — *Histerosalpingografia cu substanță de contrast:*
A — aparat pentru histerosalpingografie tip Schultze; *B* — Introducerea aparatului în canalul cervical în vederea injectării substanței radioopace; C — Injectarea substanței radioopace cervico-histero-tubar

crea un pneumo-peritoneu după administrarea unui calmant sau sub anestezie generală. Se face o butonieră cutanată la 3 degete sub ombilic pe linia mediană. După introducerea trocarului se scoate mandrenul care se înlocuieşte cu aparatul optic. Pacienta este aşezată în poziţie Trendelemburg. Permite diagnosticarea unor mase anexiale şi a sterilităţii sau a oricărui proces malformativ, inflamator, tumoral, sau a tulburărilor de statică din cavitatea pelviană.

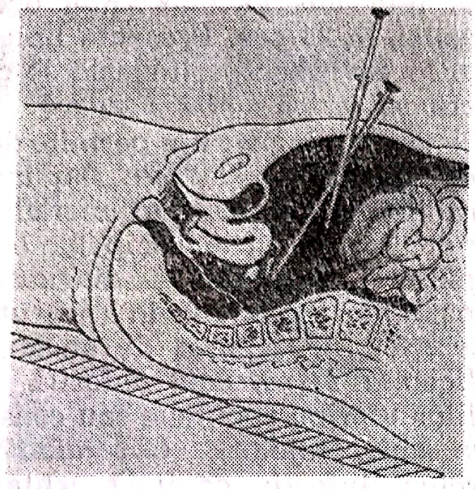


Fig. 43 — *Celioscopia.*

CULDOSCOPIA

În poziţie genupectorală, folosită de către Decker şi Sherry, este o metodă optică folosind calea transdouglasiană. Mai simplă decît celioscopia, are inconvenientul de a da o vizibilitate mai slabă organelor pelviene şi de a necesita un aparataj de suspensie complicat.

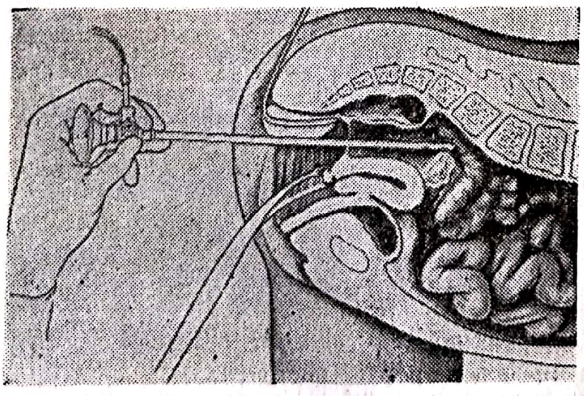


Fig. 44 — *Culdoscopia.*

Între metodele paraclinice se includ şi *colposcopia* şi examenul *citologic.* Ele sînt metode moderne.

COLPOSCOPIA

Este o metodă de investigaţie perfecţionată, care permite inspecţia şi studiul dinamic al colului uterin şi vaginului prin obţinerea unor imagini stereotipice mărite de 10—30 × cu ajutorul aparatului numit colposcop.

Metoda colposcopică a fost introdusă în practica medicală de Hinselmann în anul 1924 cu scopul de a diagnostica începutul *cancerizării* la nivelul exocolului. În cursul anilor, colposcopul lui Hinselmann a fost perfecţionat cu diferite tipuri de colposcoape între care fotocolposcopul, ce permite fotografierea imaginilor şi colpomicroscopul, care măreşte de 100—300 ×.

Fotocolposcopul I.O.R. se compune dintr-un sistem optic binocular, care măreşte de 10—30 ×, prevăzut cu dispozitiv de iluminat şi reglat. Mai prezintă un sistem de reglare format din braţe articulate, ce permit mişcarea aparatului în spaţiu şi mutarea continuă a cîmpului vizual. Un aparat de fotografiat Orizont prevăzut cu accesoriile unei lămpi fulger.

Tehnica. Colposcopia necesită cabinet special amenajat cu masă ginecologică, colposcop, fişier, condică de evidenţă şi măsuţă cu tăviţe renale, specule vaginale, pense port-tampon, casoletă cu tampoane de vată şi torşoane, pensă pentru biopsie şi reactivi (soluţie acid acetic 3%, soluţie lugol, soluţie formol 10%).

Scanned with OKEN Scanner

Bolnava aşezată pe masa ginecologică este examinată colposcopic înaintea tuşeului vaginal. Se introduce speculul cu blîndeţe pentru a nu provoca traumatisme, se evidenţiază colul şi se inspectează *vizual* întreaga cavitate vaginală. Se recoltează secreţia pentru examen bacteriologic extemporaneu şi pentru citotest dacă este indicat. Se şterg secreţiile cu un tampon de vată uscat şi se aduce colposcopul în faţa vulvei la distanţa aproximativă de 20 cm. Se badijonează exocolul rapid cu soluţie *acid acetic* 3% care serveşte la înlăturarea mucusului şi la apariţia unui uşor edem ce permite obţinerea unei imagini colposcopice clare, scoţînd în evidenţă *reliefurile* şi *caracterele vaselor*. Efectul acidului acetic durează *3—4 minute* timp în care trebuie să citim leziunile, să le interpretăm colposcopic corect.

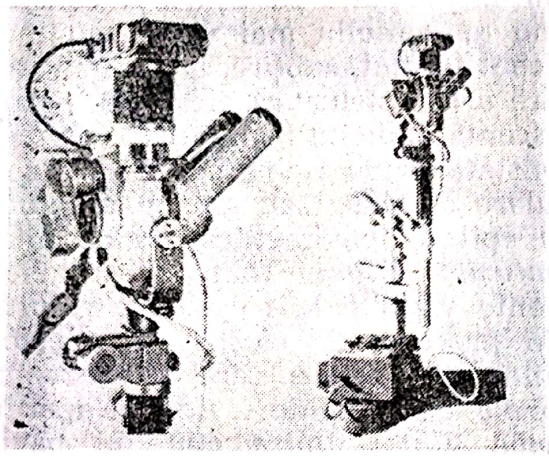


Fig. 45 — *Colposcopul şi montarea lui la masa de explorare ginecologică* (colecţia Clinicii).

După stabilirea tabloului colposcopic se aplică testul *Lahm-Schiller* badijonînd exocolul cu soluţie lugol. Colurile normale cu epiteliu pavimentos sănătos se vor colora în *brun închis* uniform (iod pozitiv) *datorită conţinutului bogat în glicogenul iodofil*. Colurile acoperite cu epiteliu pavimentos patologic (displazic) fără glicogen, vor apare *iod-negative* şi constituie zone sau insule albicioase cu contur net.

• În cazurile suspecte de malignizare sau maligne, se execută biopsie ţintită obligatorie, prelevată cu

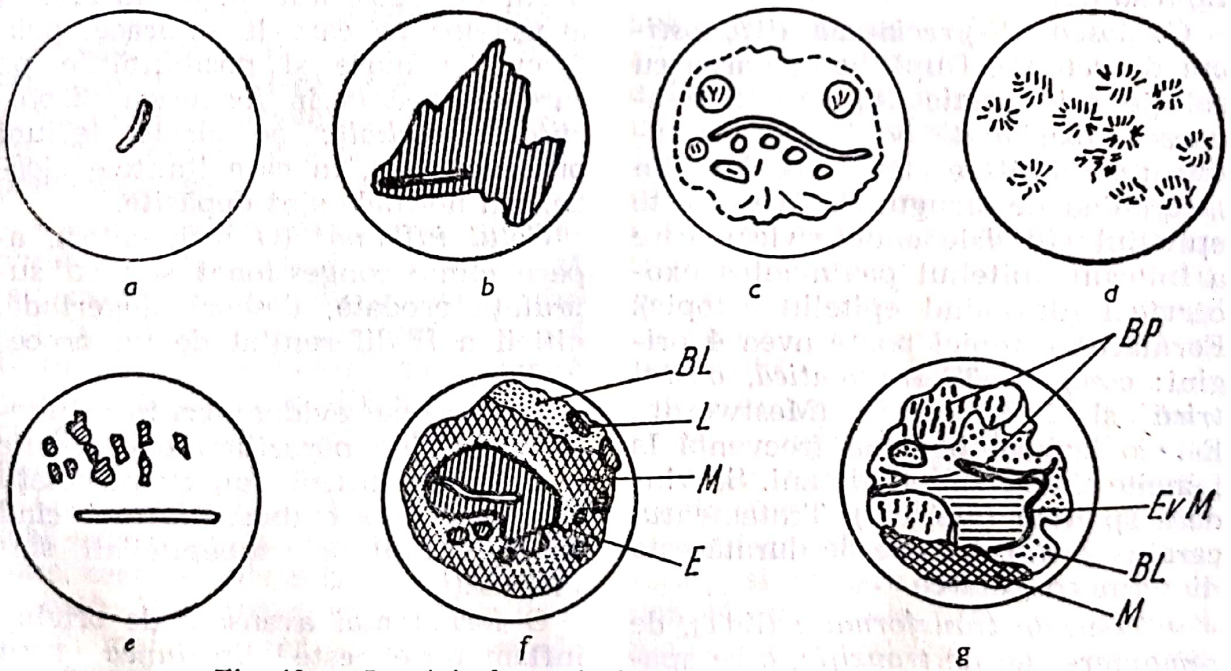


Fig. 46 — *Imagini colposcopice* (colecţia Clinicii — schematic):
a — normal; *b* — ectopie; *c* — zone de remaniere; *d* — colpită în focare cu mici zone de necroză foliculară; *e* — colpită; *f* — mozaic circular cu ectopie centrală, zone de leucoplazie şi bază leucoplazică; *g* — microcancer.

ajutorul colposcopului din locul cel mai suspect. Cazurile benigne recunoscute de colposcop vor fi și dispensarizate corespunzător leziunii.

Gruparea imaginilor colposcopice. Separăm prin colposcop leziuni care se împart în: *benigne, displazice* și *maligne.*

Aspecte benigne, sînt cele mai frecvent întîlnite:

Colul normal (0) cu mucoasă originală, și epiteliul pavimentos intact, apare ca o *suprafață roz-albicioasă, netedă, iod-pozitivă,* uneori cu rețea vasculară vizibilă și culoare mai roz-violacee, în funcție de vîrstă, impregnarea hormonală; gestație, de felul și intensitatea sursei luminoase. La femeile în vîrstă, senile, mucoasa fiind atrofiată, epiteliul subțiat, apare palid și este iod — negativ.

Ectopia (E), apare clinic ca o *zonă roșie* catifelată cu contur net, denumită impropriu *pseudoeroziune.* Asociată cu un proces inflamator devine friabilă, sîngerîndă, polipoasă, ușor de confundat cu o eroziune *malignizată.*

Colposcopul precizează diagnosticul de ectopie. După badijonarea cu soluție acid acetic 3% suprafața apare *acoperită de bobițe roz-strălucitoare,* similare unor boabe din „ciorchina de strugure". Acesta este epiteliul cilindric endocervical, care a înlocuit epiteliul pavimentos exocervical (devenind epiteliu ectopic). Formarea ectopiei poate avea 4 origini: *congenitală, traumatică, obstetrică* și *inflamatorie* (Mestwerdt). Este o leziune benignă frecventă la femeile tinere sub 40 de ani. Se vindecă spontan (mai rar). Tratamentul care asigură o terapie de durată este diatermocoagularea.

• *Zona de transformare* (ZdT), de *remaniere* sau de *tranziție,* care apare clinic ca o *zonă roșietică,* uneori cu chiste Naboth, deseori se confundă cu eroziunea datorită *hipervascularizației* și epiteliului subțiat.

Prin colposcop diagnosticul diferențial se pune cu ușurință constatînd un epiteliu mai vechi sau mai recent format, subțire, bogat în vase, care are o structură ordonată, arborescentă, indiciul benignității. Se mai constată ovule Naboth, orificii glandulare deschise sau glande umplute cu epiteliu pavimentos, creînd mici *lenticule gălbui.* Toate aceste elemente vizibile la colposcop, rezultă din procesul de cicatrizare a ectopiilor, fondul pe care se dezvoltă zonele de remaniere. Acestea apar în urma luptei dintre epiteliul pavimentos care caută să înlăture epiteliul cilindric ectopic de la suprafața exocolului. Este un proces de vindecare care are loc prin alunecarea centripetă a epiteliului pavimentos, *peste cel cilindric,* sau prin metaplazia pavimentoasă directă a epiteliului cilindric local, sub forma unor insule în centrul zonei ectopice.

• Zona de transformare are importanță deosebită prin varietatea aspectelor pe care le îmbracă, prin frecvența mare și posibilitățile pe care le creează în formarea *displaziilor epiteliale:* adevărate leziuni precanceroase, în care limitele cicatrizării normale sînt depășite.

Colul inflamat (O inflamator), apare clinic congestionat sau cu suprafața erodată, deseori sîngerîndă, dificil a fi diferențiat de un proces malign.

Colposcopul evidențiază în colpitele de origine parazitară o congestie a mucoasei difuză, sau cu pichetații fine roșii (în cuiburi) *focare,* cînd foliculii limfatici subepiteliali sînt inflamați.

O formă mai avansată de origine inflamatorie este *Eroziunea vera* (Ev). *Epiteliul este dispărut,* corionul fiind descoperit și inflamat, apare

Scanned with OKEN Scanner

roşu-aprins cu margini şterse (semn al benignităţii). Trebuie deosebită de eroziunea traumatică sau malignizată. În aceste cazuri se examinează secreţia vaginală pentru stabilirea factorilor infecţioşi genitali, bacterieni sau parazitari care intervin în apariţia acestor leziuni.

Colul atrofic (O atrofic) sau *colpita senilă hipohormonală*, apare la femei în vîrstă sau castrate, datorită încetării funcţiei ovariene. Mucoasa fiind acoperită de epiteliu atrofic format din straturile bazale, apare *palidă*, uneori cu desenul capilar vizibil, este uşor vulnerabilă faţă de infecţii şi traumatisme. Chiar şi la examenul cu valvele sau digital, pot să apară mici insule de eroziune traumatică pe acest teren cu rezistenţă scăzută.

Aspectele displazice rezultă din tulburările de diferenţiere şi maturaţie a celulelor din epiteliul cervical. Apar frecvent în cadrul *procesului de vindecare*, a ectopiilor asociind zonele de remaniere şi *cancerul cervical*. Au o evoluţie foarte instabilă, pot fi reversibile, staţionare sau pot să se *cancerizeze*. Hinselmann le consideră *„Zona Matrix"*, adică locul de dezvoltare a cancerului, considerate azi adevărate stări precanceroase.

• Cunoaşterea, depistarea şi asanarea acestor leziuni, are deosebită importanţă în *profilaxia cancerului* genital. Cu *excepţia leucoplaziei*, pot fi diagnosticate numai cu ajutorul colposcopului, care diferenţiază caracterele benigne sau suspecte, *dirijînd biopsia ţintită*.

Leucoplazia (L) apare ca o placă albă-sidefie, proeminentă, lipsită de vase, ceea ce o deosebeşte de chistele Naboth. Rar apare pe epiteliu original, mai frecvent apare în zonele de transformare. Cu cît este mai grosolan reliefată şi extinsă cu atît este mai periculoasă putînd ascunde un proces malign incipient. Obligatoriu trebuie biopsiată. Înlăturată mecanic lasă un epiteliu displazic şi poate recidiva.

Mozaicul (M) apare sub forma unor cîmpuri romboidale (tablă de şah) de culoare albă-gălbuie, încadrate de linii roşii, care se întretaie sub formă de reţea, reprezentînd vase pline cu sînge. Poate avea un aspect fin, alteori proeminent sticlos sau foarte dezvoltat.

Baza de leucoplazie (BL) apare ca o suprafaţă gălbuie, presărată cu fine puncte roşii date de hipertrofia papilelor conjunctive vascularizate, care ajung aproape de suprafaţa epiteliului. Are contur net ca şi mozaicul.

Zona iod-negativă (ZIN), ca şi suprafaţa roşie necaracteristică (SR), apare fără desen colposcopic caracteristic; testul Lugol le evidenţiază fidel.

Aspecte colposcopice suspecte sau malignizate: Baza papilară (BP) faţă de BL prezintă proeminenţe reliefate sub forma înmugurită cu puncte roşii vasculare mult mai grosolane, avînd formă şi mărime neregulată, uneori vase spiralate — şerpuitoare. Deseori este asociată cu alte aspecte displazice sau malignizate. Biopsia este obligatorie pentru că întotdeauna acest aspect colposcopic corespunde unei tipii agravate sau unui carcinom constituit, care poate evolua exofit sau endofit.

Eroziunea malignizată (EvM) apare cu o suprafaţă gălbuie sticloasă, care se albeşte după acid acetic, foarte sîngerîndă la atingere, cu vase de neoformaţie bogată, avînd calibru, formă şi aşezare neregulată, dezordonată (vase adaptive caracteristice malignităţii), *calităţi pe care numai colposcopul le poate evidenţia*. Marginile leziunii au un contur net,

Scanned with OKEN Scanner

adîncite în formă de meterez, epiteliul din jurul leziunii este displazic. Biopsia este obligatorie.

Avantajele colposcopiei: recunoaşte cu multă siguranţă *caracterul benign* al leziunilor evitînd biopsiile inutile; ajută la *indicaţia terapeutică* şi controlul evoluţiei dinamice după tratament; permite *excluderea cancerului; descoperă* leziunile displazice descrise, inaccesibile altor examinări directe şi acolo unde benignitatea nu poate fi afirmată cu certitudine, indică biopsia obligatorie ţintită; detectează *leziunile suspecte* de malignizare inclusiv cancerul latent al exocolului, fără a putea afirma diagnosticul de malignitate. *Verificarea histologică este unica metodă care are dreptul să afirme malignitatea.*

Colposcopia nu este aplicabilă pentru leziunile situate în *endocol (endocavitară).* În aceste leziuni suspecte metoda se asociază cu *citotestul oncologic,* a doua metodă de depistare valoroasă, fără însă să poată afirma diagnosticul de malignitate.

INVESTIGAŢIILE CITOLOGICE ALE CONŢINUTULUI VAGINAL

— *Testul hormonal Papanicolau* (1925) (examenul citovaginal hormonal);

— *Testul oncologic A. Babeş-Papanicolau* (1927) (citotest sau examenul citovaginal tumoral).

Examenul citovaginal este un *test hormonal calitativ,* care permite evaluarea funcţiei ovariene pe bază de frotiuri vaginale.

Principiul care stă la baza acestui test: epiteliul vaginal uman este *un receptor hormonal sensibil,* care prezintă *importante modificări* histologice şi citologice. Concomitent, epiteliul se descuamează în mod constant şi continuu.

Condiţii: evitarea actului sexual şi toaleta locală cu cel puţin 5 zile înainte de începerea recoltărilor şi pe tot parcursul lor; recoltarea cu spatulă din fundul de sac lateral vaginal, la interval de 2 zile. La femeile cu ciclu ovarian scurtat de 21—24 zile recoltarea se începe în ziua a 7-a; la cele cu ciclu prelungit, 28—32 zile, recoltarea începe în ziua a 8-a sau a 10-a.

Tehnica colorației, după metoda *Dănilă-Muster,* este economicoasă. Fără fixare, frotiurile se colorează tricrom cu: hematoxilină, pentru nuclei, soluţie Rubin S în apă distilată (1 g colorant la 100 cmc apă distilată cu 5 picături acid acetic glacial). Acesta colorează celulele diferenţiate oxifile. Celulele bazofile se colorează cu verde lumină 1,5 g la 100 cmc apă distilată, adăugînd acid fosfomolibdenic 0,5 g.

Interpretarea hormonală a frotiurilor constă din elaborarea unei *citograme,* din care să rezulte pe fiecare frotiu variaţiile indicilor cantitativi şi calitativi, numărînd 200 de elemente.

a) *Indici cantitativi — IA* este *indicele oxifil,* care reprezintă procentul de celule mature cu citoplasmă eozinofilă faţă de celulele bazofile colorate în verde. Normal acest indice la o femeie cu ciclu de 28 zile atinge apogeul de 50—65% în ziua a 14-a din ciclu (ovulaţie).

— *IK* reprezintă *indicele cariopicnotic,* adică procentul de nuclei mici faţă de cei blastici, socotiţi la toate celulele de tip superficial, indiferent că sînt oxifile sau bazofile. Faţă de IA este ridicat cu 30% şi atinge apogeul în jurul ovulaţiei cînd este de 80—100%. *Ambii indici atestă efectul foliculinei asupra receptorului vaginal.*

b) *Indici calitativi — IM* este *indicele de maturaţie* care reprezintă

Scanned with OKEN Scanner

procentul dintre cele 3 tipuri de celule parabazale, intermeriare și superficiale.

— *IP* este *indicele de plicaturare*, adică procentul dintre celulele plicaturate (margini răsucite) și celulele plate. Plicaturarea este semnul intervenției hormonului progesteronic. Se mai urmărește indicele de aglomerare care reprezintă modul descuamării celulelor sub formă izolată (activitatea foliculinică) sau în placarde (activitatea progesteronică). Apariția de polinucleare, mucus, cu scăderea indicilor IA și IK cu prezența picăturii atestă intervenția hormonului progesteronic.

Clasificarea frotiurilor cuprinde 4 grupe:

1) *Frotiu normal* în care indicii cantitativi și calitativi prezintă variații ciclice cu apogeul în ziua ovulației, *curba indicelui acidofil crește începînd cu ziua a 8-a de la 30% la 55% în ziua a 14-a* și recade progresiv în faza progesteronică. Paralel, IK crește 100% urmînd aceeași curbă, paralelă cu IA, descuamarea este izolată, frotiul foarte curat.

2) *Frotiu hipofoliculinic* în care curba IA și IK nu ating apogeul normalului de mai sus.

3) *Frotiu hiperfoliculinic* în care curba celor 2 indici depășește limitele normalului.

4) *Frotiu de tip atrofic, carențial* în care indicii sînt egal cu zero, datorită absenței hormonilor ovarieni.

În diferitele etape biologice prin care trece organismul femeii legate de vîrstă, ciclu ovarian, sarcină, menopauză etc., intervin variați hormoni cu efect vaginal, care pot acționa sinergic sau antagonist. *Examenul citovaginal evaluează acest efect multihormonal final* și *nu* efectul fiecărui hormon izolat. În consecință frotiurile vaginale îmbracă diferite caractere morfologice celulare.

Indicațiile examenului citovaginal: amenoree patologică; dereglări de ciclu în exces sau minus; menometroragii; sterilitate, avort endocrin; disfuncția altor glande cu repercusiuni asupra ovarului: hipofiză, tiroidă, suprarenală; afecțiuni tumorale mamare benigne sau maligne pentru combaterea excesului de foliculină; supravegherea și controlul administrării și eficacității tratamentului hormonal.

Contraindicații: infecții acute și subacute genitale, infecții locale vaginale cu paraziți, iritații locale de orice natură, prolapsul genital, cancerul genital.

Clinicianul trebuie să cunoască semnificația indicilor cantitativi și calitativi din *citogramă* și să le confrunte cu simptomatologia clinică și cu alte teste hormonale: *curba termică matinală, biopsia de endometru* (examenul histohormonal) și *dozări biochimice* — teste care stau la baza endocrinologiei ginecologice.

Citotestul A. Babeș-Papanicolau. Citodiagnosticul oncologic a fost descoperit de A. Babeș și C. Daniel în 1927, ulterior fiind perfecționat prin colorații speciale de Papanicolau.

Principiul se bazează pe punerea în evidență a celulelor tumorale din conținutul vaginal examinat pe frotiuri colorate. Este un test valoros în depistarea cancerului genital cu localizare endocavitară (col, uter, trompe), inaccesibile examenului clinic sau colposcopic. Are avantajele unei prelevări simple, inofensive; comodă și economicoasă este autoprelevarea concepută de Institutul oncologic din Cluj: femeia își autorecoltează frotiul vaginal cu ajutorul unui burete de plastic îmbibat cu fixator și ancorat cu un fir de ață pe care și-l introduce în vagin, apoi îl extrage și etalează pe lamă.

Scanned with OKEN Scanner

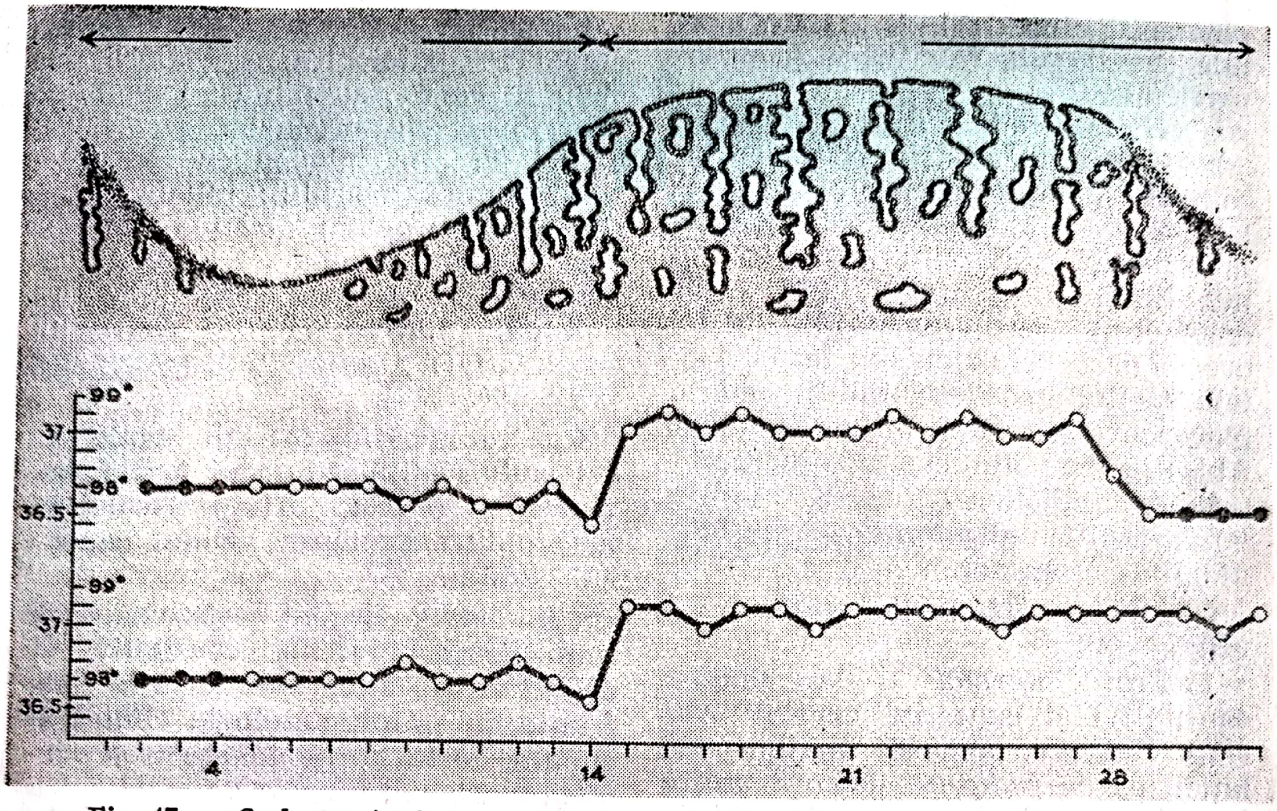


Fig. 47 — *Curba termică bazală paralelă cu dezvoltarea endometrului* (după R. Benson) Sus: la femeia negravidă (își revine); Jos: la femeia gravidă, se continuă.

Metoda *completează examenul colposcopic* și necesită, în cazurile suspecte (tip III, IV și V) să fie *verificate histologic* prin raclarea bioptică o organului afectat. Celula tumorală se recunoaște în primul rînd prin modificările nucleare pe care le prezintă: creșterea disproporționată a nucleului cu inegalitatea formei și volumului, contur adesea neregulat sau lobular, cu distribuția neregulată a cromatinei foarte bogată, sub formă de „bulgăr" sau „plaje" împinse spre marginea nucleului cu spații libere. Alt caracter: modificarea raportului nucleoplasmatic în sensul că nucleul hipercromatic crește în volum față de citoplasma care se reduce pînă la dispariție, avînd limite nedefinite. Celulele tumorale pot să se descuameze în placarde cu limite nedefinite, fără să constituie un caracter specific. Încadrarea frotiurilor, după școala clujeană (Institutul oncologic), este acceptată în 5 grupe:

— *Frotiuri de tip I și II, negative*, adică fără elemente tumorale.

— *Frotiuri tip III*, suspecte sau dubioase, *constituie o problemă deosebit de importantă și greu de interpretat*. Celulele modificate morfologic (diskariotice) pot să apară în: displaziile colului, în carcinomul intraepitelial, în sarcină, în infecțiile parazitare, în hiperplazia endometrului, după iradieri și după iritații cronice vaginale.

— *Frotiuri tip IV și V, pozitive*, conțin elemente tumorale.

Asocierea *colposcopiei lărgite* cu *examenul citologic* și *histopatologic* constituie mijloacele actuale de depistare și de diagnostic precoce, esențiale în profilaxia și combaterea cancerului genital feminin.

Scanned with OKEN Scanner

MALFORMAȚIILE APARATULUI GENITO-MAMAR

DEZVOLTAREA ORGANELOR GENITALE

În primele zile ale vieții embrionare, *sistemul genital este identic la ambele viitoare sexe*. El este alcătuit din elemente care se vor dezvolta sau se vor atrofia în mod diferit, într-un stadiu ulterior de diferențiere. La început prezintă întreaga potențialitate a sistemului genital a unui sex și a celuilalt și anume: progonada sau gonada primitivă, fără elemente germinale, destinată să furnizeze celulele cu secreție endocrin gonadică; gonocitele sau celulele germinale, cu funcționalitate indiferentă, pentru moment (vor deveni spermatogonii sau ovogonii); gonoforul, partea superioară a tractului genital, cuprinzînd canalele lui Wolff cu destinație masculină și canalele lui Müller, care vor deveni *trompe, uter* și *vagin; sinusul urogenital*, cu funcționalitate indiferentă, care va deveni *vulvă* sau *penis*, este partea inferioară a tractului genito-urinar.

Către ziua a 45-a de viață embrionară, gonocitele colonizează *medulara progonadei* (va deveni testicul) sau *corticala* (va deveni ovar). Zona necolonizată se atrofiază. Diferențierea gonadei în ovar (gonadogeneza), cît și atracția preferențială corticală a gonadei (gametogeneza) *sînt determinate de sexul genetic* (44+XX pentru femeie).

Diferențierea în sens feminin a gonoforului și a sinusului uro-genital este sub *dependența secreției hormonale* morfogenetice a *gonadei fetale sexualizate*.

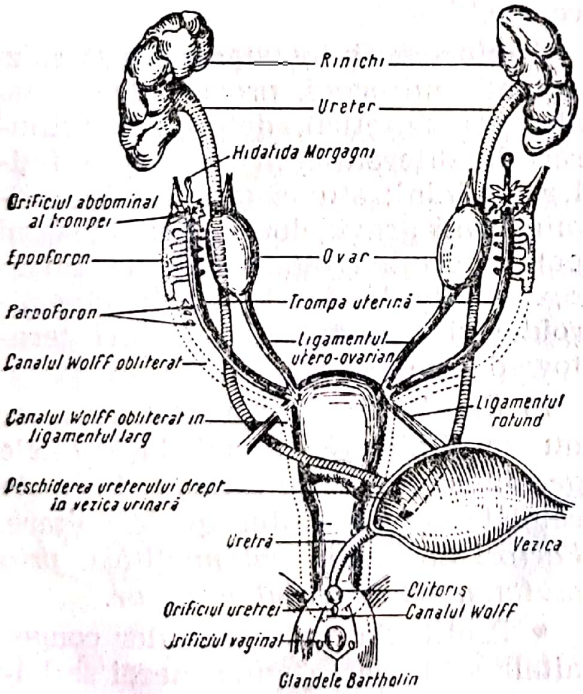


Fig. 48 — *Schema organelor genitale în faza diferențiată* (după Corning).

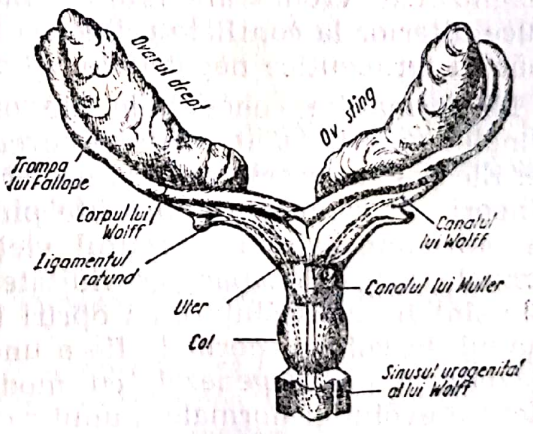


Fig. 49 — *Embriogeneza tractului genital* — embrion de 48 mm (după Curtis).

Sexualizarea se efectuează către *luna a doua*. La femeie se vor dezvolta canalele lui *Müller* şi vor involua canalele lui *Wolff*. Sinusul urogenital bipotenţial se diferenţiază între lunile 3—5.

• *Aparatul genital* reflectă modificările complexe apărute în toate sistemele şi funcţiile organismului uman, dependente de condiţiile de mediu, de dezvoltarea sistemului nervos şi de staţiunea bipedă. El este format din *gonade, canale genitale, sinus urogenital,* organe genitale *externe* şi *glande accesorii.*

MALFORMAŢIILE GENITO-MAMARE CONGENITALE

Frecvenţa deosebită a malformaţiilor congenitale ale aparatului genital şi ale celui urinar inferior şi răsunetul acestora asupra patologiei ulterioare ginecologice şi obstetricale, dau o importanţă deosebită studiului *embriogenezei* şi *organogenezei* şi atrag atenţia asupra necesităţii examenului clinic atent, începînd chiar de la naştere.

Chiar anomaliile minore au o deosebită valoare fiindcă ele pot semnaliza malformaţii mai grave situate pe tractul genital superior, în timp ce diagnosticul eronat al sexului poate duce ulterior la conflicte psihice şi la măsuri terapeutice nepotrivite.

Malformaţiile congenitale ale organelor genitale sînt relativ frecvente. Ele pot fi observate de la naştere. Uneori pot rămîne necunoscute pînă la pubertate sau la începutul vieţii sexuale, sau cînd apare graviditatea. Ele sînt fie consecinţa unei opriri în cursul dezvoltării normale fie a unei deviaţii a organogenezei, cu modificarea evoluţiei normale a unui segment; fie a unor fenomene involutive sau degenerative din organogeneza normală sau a unor procese evolutive ce apar în formaţiile embrionare şi au caracterul unor vestigii ontogenetice cu o potenţialitate organogenetică anormală.

ETIOPATOGENIE

a) *Agenţii fizici:* radiaţiile ionizante au acţiune asupra diviziunii celulare, a echipamentului cromozomic, iar mai tîrziu, asupra organogenezei la embrion şi făt.

b) *Agenţii chimici:* intoxicaţiile cronice au acţiune asupra genitorilor, determinînd modificări ale gameţilor şi schimbări morfo-funcţionale ale organismului matern. Există o afinitate *toxogenă* pentru anumite ţesuturi, de asemenea o acţiune *teratogenă* a diverselor medicamente în cursul graviditătii.

c) *Agenţii infecţioşi:* virusurile şi rickettsiozele, bacteriile, spirilii, protozoarele, rubeola, listerioza, toxoplasmoza şi incluziile cito-megalice etc.

d) *Hormonii:* toţi hormonii steroizi sexuali androgeni, progestageni (mai ales cei sintetici), determină tulburări în diferenţierea sexuală a feţilor feminini; atunci cînd au fost administraţi gravidelor în primele luni pot determina sindromul de intersexualitate la fătul femel; hipertiroidia şi diabetul sînt factori teratogeni recunoscuţi.

e) *Ereditatea.* Patrimoniul ereditar nu se limitează numai la celulele germinale ci el se găseşte în toate celulele organismului în dezvoltare. *Factori de mediu pot modifica, prin mutaţie, patrimoniul ereditar.*

• Profilaxia malformaţiilor congenitale şi dirijarea ontogenezei se bazează pe acţiunea de înlăturare a numeroşilor factori nocivi.

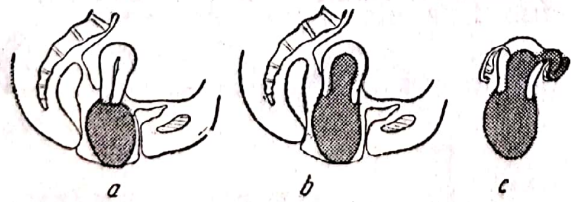
Scanned with OKEN Scanner

MALFORMAŢIILE VULVEI

— *aplazia sau absenţa vulvei* (rară, gravă, asociată);
— *hemiagenezia vulvară* (se observă la nou-născuţii neviabili);
— *atrezia vulvară* (identică cu aplazia);
— *hipoplazia vulvară* (oprire în dezvoltare a vulvei, se întîlneşte la bolnave cu infantilism generalizat somatic şi psihic şi cu alte malformaţii — agenezie ovariană);
— *absenţa congenitală a perineului* (excepţională, asociată cu alte anomalii anovulvare);
— *deschiderea ureterelor la vulvă* (35 de cazuri publicate pînă acum, motiv de incontinenţă urinară la femeile tinere);
— *anusul vestibulo-vulvar* (malformaţie foarte frecventă, prin dezvoltarea parţială sau incompletă a septului uro-rectal, coexistă cu malformaţii de bazin; sfincterul vestibular asigură o continenţă perfectă pe cale vaginală).

MALFORMAŢIILE HIMENULUI:

— *o profunzime anormală* de 2—4 cm de la orificiul vulvar;
— *imperforaţia,* care duce la formarea unui *hematocolpos* în momentul apariţiei menstruaţiei şi, în lipsa unei intervenţii chirurgicale, sîngele se acumulează în uter (hematometrie) şi chiar în trompe (hematosalpinx);



a *b* *c*

Fig. 50 — *Imperforaţie himenală :* reţinerea sîngelui menstrual
a) în vagin (hematocolpos), (*b*) în uter (hematometrie), (*c*)în trompe (hematosalpinx).

— împărţirea sa printr-un sept *(himen sept)* care dispare cu ocazia deflorării sau a primei naşteri;
— *absenţa himenului,* se asociază atreziei vulvare şi e rară;
— *himenul hipervascularizat* (responsabil de hemoragii la deflorare);
— *chisturile himenale* (fie din epiteliul pavimentos, fie din ţesut conjunctiv, de obicei vestigii ale canalelor Wolff, sau resturi din canalele Gärtner); — himenuri *inelare, cribriforme, semilunare, hiperelastice, fenestrate,* anomalii structurale sau morfologice.

MALFORMAŢIILE CLITORISULUI

— clitoris perineal (asociat cu alte anomalii, rare);
— hipoplazia clitorisului (asociată cu insuficienţa vulvară);
— pseudofimozis şi fimozis adevărat (obişnuită, tratament chirurgical);
— hipertrofia clitorisului.

MALFORMAŢIILE URETREI

— aplazia uretrei (rară);
— stenoza uretrală congenitală (frecventă);
— hipospadias (dezvoltare incompletă a septului urogenital cu incontinenţă urinară completă);
— epispadias (necesită o neouretră);
— deschiderea vaginului în uretră (la pseudohermafrodiţii feminini; hemoragii prin uretră, în perioada menstruală).

MALFORMAŢIILE VAGINULUI

— *absenţa sau atrofierea vaginului:* obliterarea vaginului printr-un diafragm transversal, care, de cele mai multe ori, se reduce la o simplă

Scanned with OKEN Scanner

bridă — prezența unui sept sagital, mai mult sau mai puțin complet, care împarte vaginul în două cavități alăturate; una dintre cavități servește actului sexual (poate constitui un obstacol în calea fătului în travaliu); necesită tratament chirurgical. Dacă septul despărțitor nu este complet, vaginul se numește subsept, dacă, dimpotrivă, este complet se poate asocia cu un uter dublu, care se deschide separat cu cîte un col în fiecare din cel două cavități vaginale;

— *hipoplazia vaginală* (scurt, strîmt, se întîlnește în hipogonadism);

— *chisturile canalului Gärtner* (puțin frecvente, în pereții posteriori sau laterali ai vaginului, asimptomatice).

— *absența uterului* este excepțională și nu se constată decît în cazul absenței concomitente și a aparatului urinar;

— *uter didelf:* cele două canale Müller rămîn neunite pe toată întinderea și în consecință uterul este dublu (este rară);

— *uter pseudodidelf:* corpurile uterine sînt separate, colurile fiind însă unite;

— *uter sept* sau *subsept:* uterul este complet sau incomplet împărțit de un sept sagital în două cavități;

— *uter bicorn* sau *unicorn:* este o malformație frecventă, care constă în dezvoltarea mai accentuată a ambelor sau a unui singur corn uterin (dato-

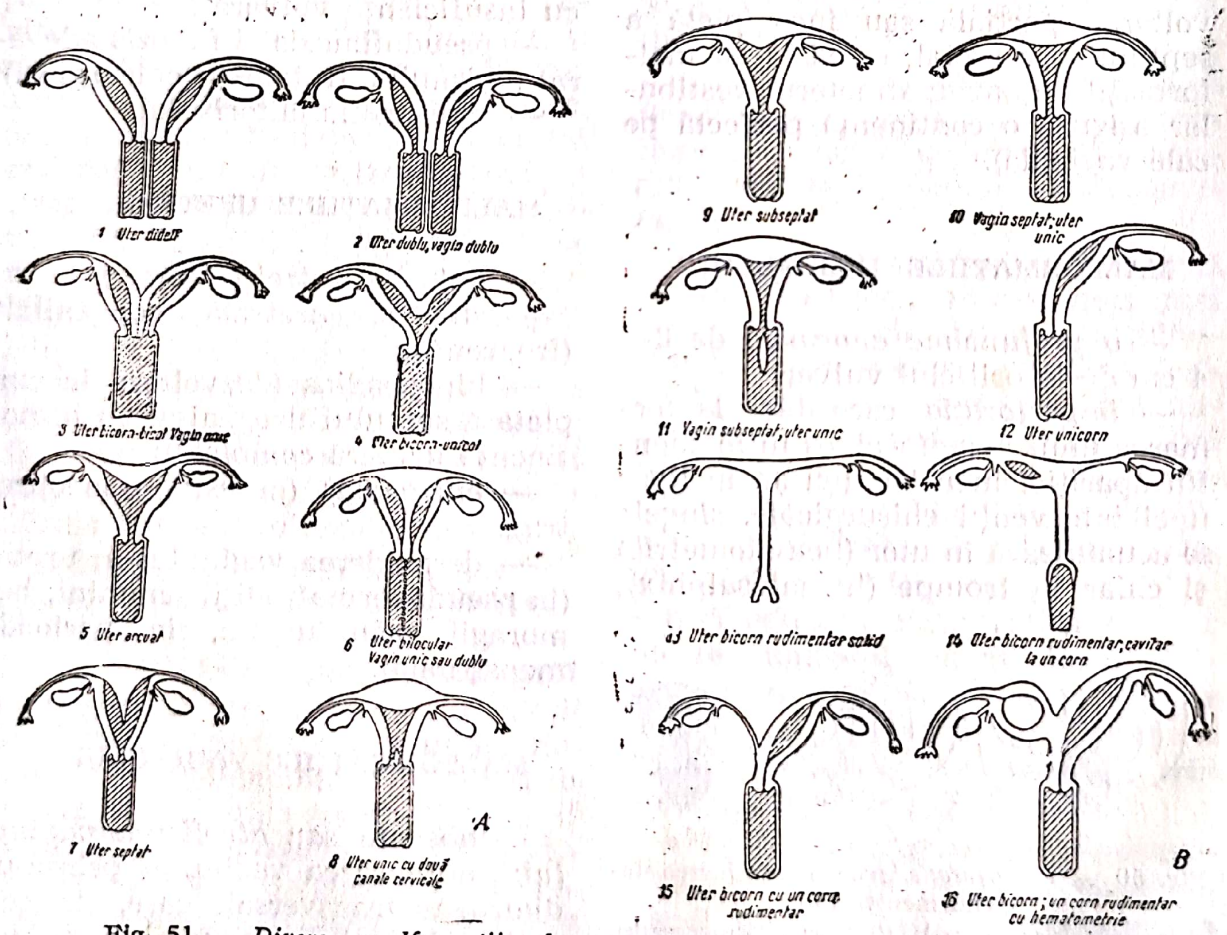


Fig. 51 — *Diverse malformații ale organelor genitale interne* (după Stoekel).

rită contopirii incomplete a celor două canale Müller);

— *uter cordiform* sau *arcuat,* datorită aceleiași cauze, dar într-un grad mai redus;

— *hipoplazia uterină,* malformație mai frecventă, dar care nu totdeauna are o origine congenitală. Ea se poate explica și printr-o lipsă de dezvoltare, cu uter infantil în cazul unei carențe de estrogeni. Hemiuterul este jumătatea unui uter dublu, care se dezvoltă în lipsa celeilalte jumătăți sau după aplazia acesteia, mai frecvent în dreapta (apare radiologic ca o cavitate unică). Graviditatea se poate dezvolta pînă la termen și predomină prezentațiile pelviene sau transversale, corectarea se face cu ajutorul ligamentului rotund de partea opusă sau cu ligamentul utero-ovarian.

• *În general aceste malformații uterine sînt compatibile cu graviditatea.* Lipsa de supleţe a mușchiului uterin sau lipsa de spațiu, existența septurilor, a bridelor, pot complica evoluția graviditătii și a travaliului (se produc astfel avorturi, nașteri premature). Dacă sarcina e dusă pînă la termen, nașterea poate fi dificilă, necesitînd intervenții obstetricale. De asemenea, sînt favorizate prezentațiile distocice (transversă, pelvină). În delivrență, prin inerție uterină, se pot produce hemoragii.

MALFORMAȚIILE TROMPELOR

— *absența* lor este excepțională;

— *hipoplazia:* trompele sînt subțiri și sinuoase;

— *atrezia:* trompele sînt rudimentare.

MALFORMAȚIILE OVARELOR

— *agenezia și disgenezia ovariană* cu prezența în structura gonadelor a țesutului stromei și absența completă sau aproape completă a elementelor epiteliale și germinale, se observă în sindromul de disgenezie gonadică și în variantele lui;

— *grade minore de hipoplazie, asociate* cu un tract mullerian normal dezvoltat, se manifestă prin tulburări menstruale diverse;

— *ovare supranumerare* și *accesorii:* organul ectopic, provine probabil dintr-o primordie separată; conține țesut folicular.

HIPOPLAZIA GENITALĂ SAU INFANTILISMUL

Este o malformație care cuprinde, de obicei, întreg canalul genital, care este slab dezvoltat, rămînînd în stadiul infantil. Această stare produce o serie de *tulburări fiziologice: amenoree, dereglări menstruale, imposibilitatea actului sexual* sau *sterilitate.* Dacă survine totuși o graviditate aceasta este amenințată de avorturi spontane repetate. Nașterea și delivrența se caracterizează prin insuficiența mușchiului uterin cu consecințe: *hipotonie, travalii lungi, deseori terminate prin intervenții obstetricale sau chirurgicale* și hemoragii, prin *insuficiența hemostazei fiziologice.*

Pentru diagnosticul malformațiilor organelor genitale, *histerosalpingografia* este unul din mijloacele utile. Uneori, însă, se poate stabili și prin examen clinic.

Tratamentul malformațiilor enumerate *se limitează la intervenții plastice chirurgicale,* care merg de la suprimarea unui sept, extirparea unui organ rudimentar, pînă la crearea unui organ artificial. În caz de hipoplazie a organelor genitale și în special al uterului, tratamentul hormonal dă rezultate. Aceleași rezulta-

Scanned with OKEN Scanner

te le putem observa după cîteva graviditãţi succesive, dintre care primele au fost expulzate prin lipsa extensibilităţii uterului, dar au contribuit, prin excesul hormonal fiziologic, la dezvoltarea organului, care devine astfel apt pentru menţinerea sarcinilor următoare.

HERMAFRODITISMUL

Este o malformaţie foarte rară, caracterizată prin prezenţa la o singură persoană a organelor genitale ale ambelor sexe. Mai frecvent se poate constata un canal genital, care, în parte sau în totalitate, nu corespunde gonadelor respective (pseudohermafroditismul). Această malformaţie are o explicaţie embriologică; pînă la stadiul de 25 mm embrionul este un hermafrodit, avînd elementele necesare spre a se dezvolta fie către un sex, fie către celălalt. În acest stadiu gonadele nu sînt diferenţiate

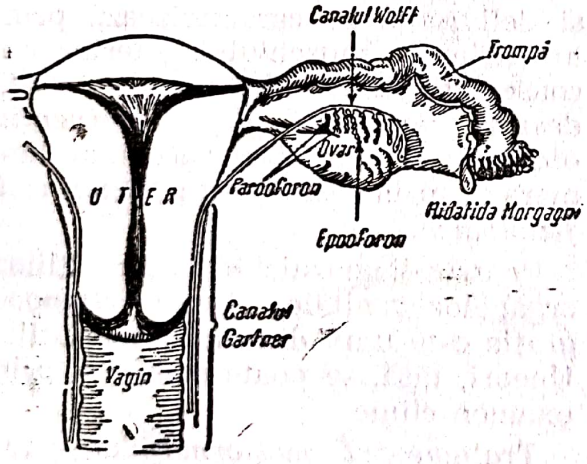


Fig. 52 — *Vestigii wolfiene în organele genitale* (după Waarton).

şi embrionul posedă atît canalele Müller, cît şi canalele Wolff. Cauzele care determină dezvoltarea ambelor elemente embrionare, mascule şi femele, sau insuficienta diferenţiere, nu sînt binecunoscute. Se presupune o insuficienţă hormonală a gonadelor fetale, o excreţie în exces a hormonilor androgeni sau o stare anormală hormonală maternă care influenţează în mod patologic dezvoltarea organelor genitale a produsului de concepţie. Progresele în cunoaşterea eredo-biologiei au fost posibile prin: 1. studiul morfologiei nucleului celular şi punerea în evidenţă a cromatinei sexuale (Barr şi Bertram), 2. studiul constelaţiei cromozomiale (cariotipul sau idiograma cromozomică în metafaza diviziunii celulare). Aceste două metode de citogenetică asociate permit determinarea sexului cromatinian şi a sexului cromozomic sau genetic.

Hermafroditul adevărat este purtător într-o parte a unui ovar şi în partea opusă a unui testicul sau a unui amestec al acestor ţesuturi glandulare (ovotestis, uni sau bilateral). *Pseudohermafroditul* are gonadele respective ale unui sex, masculin sau feminin, dar organele genitale externe sau alte porţiuni ale tractului genital sînt corespunzătoare sexului opus. Dacă glandele genitale sînt testicule, pseudohermafroditul poartă numele de *androginoid* (mascul cu caractere feminine), iar dacă glandele genitale sînt ovare, pseudohermafroditul poartă numele de *ginandroid* (femelă cu caractere masculine). La acest tip se asociază aproape totdeauna o hipertrofie a glandelor suprarenale, a căror funcţie exagerată are rol virilizant.

Problema cea mai importantă imediat după naşterea copilului, care prezintă asemenea malformaţii, este *precizarea sexului*. Organele genitale externe nu pot constitui un criteriu de siguranţă. Singurul mod de a pre-

ciza sexul este identificarea gonadelor (intervenţie chirurgicală şi examen histologic).

• Conflictul psihologic ce se produce este dăunător sănătăţii şi vieţii individului. Cea mai bună poziţie este de a încuraja evoluţia spre sexul spre care se simte înclinat. Eventual o intervenţie chirurgicală plastică poate avea o influenţă pozitivă. Tratamentele medicale hormonale nu au niciodată succes.

ANOMALIILE MAMARE

Se întîlnesc destul de rar: *amastia* (absenţa mamelei); *atelia* (absenţa mamelonului), *polimastia* (mai multe glande mamare), *politelia* (mai multe mameloane); se pot întîlni şi modificări de volum ca: *atrofia parenchimului* (în infantilism genital, menopauză, parotidită epidemică); *hipertrofia,* cu sau fără degenerescenţă grăsoasă (sîni prolabaţi), pot fi corectaţi prin chirurgie plastică.

Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRILE DE SENSIBILITATE ŞI SEXUALITATE LA FEMEI

Prin *impuls sexual* se înţelege atracţia generală a unui sex spre altul, numit şi „dorinţă" sau după francezi *apetit sexual* sau *libido*, şi constituie în esenţă *senzaţia voluptoasă*. Tot acest complex este sub dependenţa cerebro-endocrină.

Pentru a intra în subiect mai trebuie să definim unele noţiuni.

INSTINCTUL SEXUAL ŞI PLĂCEREA SEXUALĂ

Instinctul sexual este un ansamblu de fenomene psihice care se realizează prin intermediul simpaticului şi parasimpaticului care reglează excitaţia sexuală a femeii. În urma acestui complex de fapte apar: erecţia clitorisului prin acţiune vasomotorie, secreţia glandelor vulvare şi vestibulare.

Plăcerea sexuală: la femeie nu există ejaculare propriu-zisă decît secreţii vulvare datorită emisiunii spermatice. Se pare că plăcerea sexuală coincide cu contracţia ritmică involuntară a muşchilor uterini, ai vaginului şi perineului. Plăcerea sexuală a femeii este sub dependenţa simpaticului şi parasimpaticului, deoarece prin rezecţia nervului presacrat această plăcere nu dispare.

Tulburările instinctului sexual sînt: hiperexcitaţia genitală, deviaţiile sexuale şi frigiditatea.

HIPEREXCITAŢIA SEXUALĂ

Este o tulburare rară.

— *Erotomania* în care femeia caută plăcerea sexuală prin practici autoerotice; începe de obicei în copilărie, fie datorită unor *paraziţi vulvari*, fie la pubertate, datorită unei hiperexcitaţii sexuale. Uneori apar aşa-zisele erotomanii pasagere, numai în perioada de congestie utero-anexială. Una din cauzele incriminate destul de des este *hiperfoliculinemia.*

— *Nimfomania* sau *mesalinismul* este un impuls sexual exagerat, caracterizat printr-o atracţie deosebită spre bărbat. Sînt cunoscute unele nimfomane care au această stare numai după consumul de anumite *toxice* sau după intoxicaţii survenite în *diferite boli* (T.B.C., lepră şi sifilis).

Eroto şi nimfomania prezintă diferite forme de manifestare în raport cu temperamentul general al femeii, adeseori ele întîlnindu-se intricate, sau trecînd din una în alta. Hiperexcitaţia sexuală este produsă mai des de *hiperestezie vulvară* sau *mamelonară* iar psihicul este totdeauna afectat (se consideră femei nenorocite şi cer tot felul de ajutoare medicului).

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul constă din: exerciţii fizice, combaterea şezutului şi culcatul în pat prea mult, iar medicamentos se prescrie bromura în doză de 0,50 g de 2—3 ori pe zi, fie simplă fie asociată cu luminal.

DEVIAŢIILE SEXUALE

Există în mod normal o excitaţie sexuală care e creată de sexul opus, în general, dar, de multe ori, excitantul pentru femeie nu mai este bărbatul ci cu totul alte fenomene sau obiecte, dînd naştere la *fetişism* sau *inversiune sexuală*. Alteori, actul sexual nu se desfăşoară normal şi dă naştere la pederastie.

Deviaţiile sexuale interesează mai mult *medicina legală* şi *psihiatria* decît ginecologia, deoarece, de cele mai multe ori, acestea se însoţesc de *paralizie generală, demenţă* sau *idioţie*.

Vom aminti cîteva deviaţii sexuale:

— *Narcisismul:* dispoziţia amoroasă a femeii pentru propria-i persoană.

— *Exhibiţionismul,* rar la femeie, constă în satisfacerea dorinţei sexuale în săli de dans sau la plajă.

— *Fetişismul,* cînd anumite obiecte aparţinute fiinţei iubite devin obiectul dragostei.

— *Inversiunea sexuală,* numită la femei *lesbianism* sau *safism,* este relativ frecventă, rar completă, activă sau pasivă.

— *Sodomia* sau *bestialitatea* este raportul sexual cu animalele, este foarte rară, iar acolo unde se întîlneşte se asociază cu demenţă.

— *Sadismul şi masochismul* sînt destul de frecvente. În aceste forme femeia nu ajunge la voluptate sexuală decît cu condiţia de a suferi. Formele extreme duc la suicid.

FRIGIDITATEA

Frigiditatea sau *anafrodisia feminină* a fost definită ca incapacitatea femeii de a avea orgasm sexual. A mai fost denumită şi cecitate sexuală.

Din punct de vedere semiologic se disting:

— *Frigiditatea totală,* cu absenţa totală a impulsului sexual. În această categorie sînt grupate femei care sînt indiferente faţă de actul sexual — *adevărate anesteziate sexuale* (frigiditate indiferentă) sau chiar manifestă repulsie faţă de actul sexual (frigiditate inhibată).

— *Frigiditatea incompletă* — se conservă impulsul sexual dar lipseşte orgasmul.

— *Frigiditatea parţială* — la aceste femei impulsul sexual este normal, dar nu ajung la orgasm.

— *Frigiditatea electivă* — femeile care sînt frigide *numai în anumite condiţii,* sînt de fapt „false frigide".

Se disting frigidităţi *permanente, intermitente* şi *relative.* Frecvenţa variază de la 25% pînă la 50% din totalul femeilor studiate. Cauzele pot fi ginecologice, psihice şi endocrine.

Cauze ginecologice: — *malformaţiile congenitale.* Teleclitoridia este patologică cînd distanţa dintre clitoris şi uretră este mai mare de 3 cm.

— *infantilismul genital.* În aceste cazuri există o inadaptare a penisului cu zonele erotogene genitale, fie clitorisul, fie vaginul care pot constitui cauze ale frigidităţii.

— *anomalii cîştigate,* cum ar fi lărgirea inelului vulvar, lărgirea vaginului, rupturile perineale. Acestea pot fi agravate de cicatrici dureroase. Viciile de poziţie ale uterului.

— *leziuni ale aparatului genital.* Toate leziunile inflamatorii ale vulvei, vaginului, colului, corpului ute-

Scanned with OKEN Scanner

rin sau anexelor pot constitui cauze de frigiditate.

Cauze endocrinologice. Majoritatea autorilor sînt de părere că *glanda tiroidă* joacă un rol primordial în dezechilibrul impulsului sexual.

Acţiunea hormonilor suprarenali. În boala lui Addison lipseşte impulsul sexual şi se prezintă simptomele frigidităţii.

Hormonii gonadotrofi. Leziunile hipofizare conduc adesea la o diminuare sau chiar la o abolire a libidoului. Acestea apar mai ales în *sindroamele adiposo-genitale ale lui Babinski—Frölich, în acromegalie, sindromul lui Simonds, boala lui Cushing, infantilismul hipofizar, gigantismul sau nanismul hipofizar.*

Hormonii ovarieni. Hormonii estrogeni sînt acei care se pare că excită zonele erotice medulocerebrale.

Afecţiuni de origine cerebrală şi medulară. Leziunile medulare şi radiculare (radiculite, mielite, poliomielite, paraplegie) suprimă orgasmul.

Cauze neuropsihice. Aceste forme au luat o extindere pe măsura dezvoltării civilizaţiei şi a intelectualizării instinctului sexual. Apare în o serie de boli psihice ca: psihastenia, constituţii paranoice, schizoide, intersexuale morbide. Viaţa modernă creează o serie de condiţii care duc la frigiditate (şocuri). Frigiditatea mai poate surveni şi în urma unei educaţii severe. În multe cazuri frica de graviditate sau de boli venerice poate fi o cauză. Foarte des femeile care au contractat la primul contact sexual o boală venerică devin ulterior frigide. Unele femei sînt frigide numai în viaţa conjugală. Există frigiditate prin conflict conjugal. Factorilor emoţionali, trebuie să li se acorde o maximă importanţă.

Intoxicaţiile cu morfină, alcool, tutun, cafea în doze mari sînt dăunătoare şi tulbură sexualitatea; la fel în diabet, insuficienţă hepatică, avitaminoze etc.

Evoluţia. Frigiditatea se poate manifesta la primele raporturi sexuale cînd este denumită *primară.* Frigiditatea primară este foarte rară.

Frigiditatea poate fi *secundară* (uneori tranzitorie). Impulsul sexual poate avea variaţii în raport cu o serie de factori ca ciclul menstrual, în cursul graviditătii, în cursul alăptării şi în menopauză. În perioada luteinică a ciclului menstrual există o diminuare a libidoului, în timpul menstruaţiei libidoul este crescut. În cursul graviditătii este crescut probabil datorită dispariţiei fricii de a mai rămîne gravidă. Menopauza exercită asupra impulsului sexual influenţe variate. La unele femei apare o exacerbare a impulsului sexual, care de fapt e pasager, şi care ar fi datorită hipersecreţiei de foliculină.

Se poate conchide că în cea mai mare parte a cazurilor ce se adresează medicilor, frigiditatea este consecinţa stării funcţionale a glandelor endocrine, a organelor sale interne, a psihicului cărora merită să le acordăm o atenţie deosebită.

Diagnosticul comportă mai multe etape: *diagnosticul pozitiv* este simplu, pe baza interogatorului femeii şi a partenerului. *Diagnosticul etiologic* e mai dificil. Se vor căuta *cauzele organice* în special ginecologice apoi prin excludere vom trece la cele neuropsihice, hormonale. *Diagnosticul patogenic* se va pune numai pe baza unei anamneze corecte şi a unor analize amănunţite.

Tratamentul frigidităţii. În primul rînd va trebui să fie un tratament de fond. Se va suprima surmenajul fizic şi intelectual. Se vor indica diferite preocupări în raport cu nivelul intelectual al cazului. Recomandarea vieţii în aer liber, la munte sau

Scanned with OKEN Scanner

la mare, în cazurile unde viaţa cotidiană a subiectului necesită acest lucru.

Tratamentul medical. Tratamentul *etiologic* este greu de aplicat, dat fiind complexitatea cauzelor care contribuie la instalarea frigidităţii. *Medicamentele ortosimpatice*, iohimbina, se va da în doze de pînă la 15 mg pe zi, pe scurte perioade de 4—5 zile (medicamentul fiind hipotensor este periculos).

Tratamentul tonusului nervos general. În cazuri de hiperexcitaţie nervoasă în raport cu terenul se poate recomanda valeriană (pasinal) sau luminal în doze mici. Tonicele nervoase au de asemenea un efect favorabil (cele cu conţinut de fosfor sau stricnină). Calciul poate fi utilizat ca un tonifiant general.

Tratamentul fizioterapic. S-au utilizat cu unele rezultate bune (diatermia sau ultrascurtele). Bernard citează cazuri rezolvate prin diatermie (80 pînă la 100 miliamperi) pe regiunea hipofizară, tiroidiană sau ovariană. După părerea autorului ar avea o acţiune asupra sistemului neurovegetativ şi asupra echilibrului hormonal.

Masajul ginecologic ar avea o acţiune asupra simpaticului pelvian.

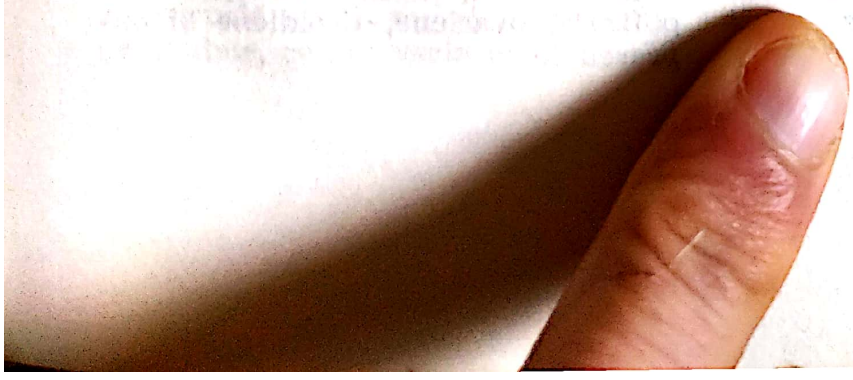
Curele termale sînt recomandate de mulţi autori. În ţară se indică băile *Felix, Geoagiu* şi *Herculane.*

Tratamentul chirurgical. Se va indica în leziunile inflamatorii vechi sau după eşecul tratamentului medicamentos. Este vorba de o chirurgie plastică cu remedierea malformaţiilor vulvo-vaginale. În *teleclitoridie* se face coborîrea clitorisului, operaţia numită *clitorocatezis* sau operaţia lui Halban-Narjani, care a fost preluată de Palmer şi constă în secţionarea ligamentelor suspensoare ale clitorisului.

Tratamentul hormonal. În cazurile de hipoestrogenie se vor administra estrogenii naturali sau sintetici, per os sau injecţii, sub formă de suspensii cristaline. Efectul acestor medicamente este bine să se verifice prin colpocitologie. Se asociază cu bune rezultate estrogenii cu testosteron (25—50 pînă la 100 mg foliculină cu 100 mg testosteron). În cazurile de hiperestrogenie se va administra testosteronul.

Din datele din literatură reiese că administrarea testosteronului în frigiditate este sigură. S-au obţinut rezultate bune şi prin badijonarea clitorisului cu testosteron.

Unii insistă asupra administrării vitaminelor (A, B, B_1, C, D, E) cu condiţia să se dea în doze echilibrate.



Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRI DE FLUX MENSTRUAL

Fluxul menstrual apare ca un fenomen fiziologic important în perioada de maturaţie sexuală a femeii. La femeile sănătoase menstruaţia apare în mod ciclic la 28—30 zile şi are o durată de 4—6 zile.

Tulburările menstruale de ritm, durată, cantitate şi calitate, se pot datora unor afecţiuni organice ale aparatului genital, mai rar unor boli de sistem şi mai frecvent, după aprecierea lui Beclere, unor tulburări a unuia din elementele lanţului fiziologic format din: acţiunea sincronă şi simultană a centrilor nervoşi corticali, a lobului anterior hipofizar, a ovarului, a mucoasei uterine, a sistemului neurovegetativ.

Diagnosticul pozitiv al tulburărilor menstruale este uşor de făcut. O anamneză minuţioasă, precum şi un examen clinic, completat cu cel de laborator, ne duc pe drumul diagnosticului.

Important rămîne diagnosticul etiopatogenic al acestor tulburări.

TULBURĂRILE DE FLUX MENSTRUAL PRIN INSUFICIENŢĂ

(hipomenoreea, oligomenoreea, amenoreea).

HIPOMENOREEA

Este o anomalie menstruală ce constă dintr-o reducere a cantităţii de sînge, iar durata fluxului menstrual este scurtată la mai puţin de 3 zile. Apare mai des între 30 de ani şi menopauză. Se asociază în unele cazuri cu oligomenorea. Fertilitatea nu este afectată în aceste cazuri.

Din punct de vedere etiologic, această tulburare apare de obicei, ca o consecinţă a unor boli endocrine cum ar fi: hipertiroidismul, o deficienţă ovariană genetică sau dobîndită, insuficienţa hipofizară sau corticosuprarenală. S-au descris cazuri în a căror etiologie s-a pus în evidenţă: insuficienţa arterelor spiralate sau leziuni traumatice ale endometrului consecinţă a unui proces inflamator. Examenul histopatologic, în cazul hipomenoreii, arată, la unele bolnave, un endometru insuficient dezvoltat sau un proces de descuamare incomplet.

De asemenea au fost incriminate în etiologia acestor tulburări infecţiile generale acute sau cronice, afecţiunile neuro-psihice, intoxicaţiile profesionale sau cu nicotină, alcool etc.

Diagnosticul presupune o anamneză precisă, un calendar menstrual bine întocmit, testarea funcţiilor hipofizare, ovariene, tiroidiene şi suprarenale.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul va fi etiologic. Deoarece majoritatea cazurilor de hipomenoree recunosc o cauză hormonală (de obicei insuficienţa ovariană), tratamentul cu estrogeni este cel mai

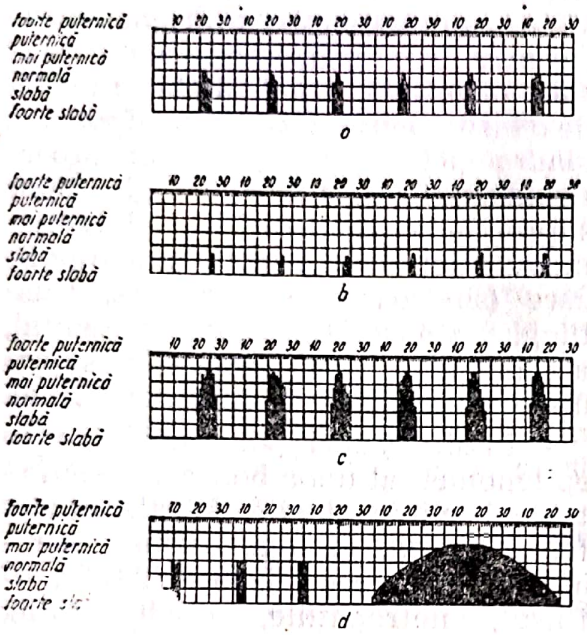


Fig. 53 — *Anomaliile ciclului menstrual* (după Winkler)

indicat la care se asociază vitamina A şi E. Spre exemplu, în cazul unei asocieri cu o hipoplazie uterină se indică doze mici de estrogeni (total 14—16 mg benzoat de estradiol) din ziua a 10-a a ciclului pînă la jumătatea a doua a fazei progesteronice, în 5—6 reprize.

Observaţia, că în unele cazuri terapia estrogenitală nu reglementează ciclul menstrual, se interpretează fie ca o lipsă de receptivitate a endometrului sau ca o tulburare în metabolismul intermediar al estrogenilor. Combaterea tulburărilor neurovegetative se va face cu sedative în doze mici şi numai cînd e cazul.

OLIGOMENOREEA

În această tulburare, hemoragia menstruală apare rar şi la intervale neregulate, ce pot varia intre 35—45 zile. Cînd intervalul dintre două fluxuri menstruale depăşeşte 2—3 luni vorbim despre o *amenoree temporară*, iar cînd acest interval se extinde la 4—6 luni vorbim de *spaniomenoree*. Se poate asocia, în unele cazuri, cu hipomenoreea (oligohipomenoree — flux menstrual redus), sau cu hipermenoreea (oligohipermenoree — flux menstrual abundent). Poate apare ca o fază de tranziţie după amenorei tratate.

Etiologie. Investigaţia va fi amănunţită. Testarea funcţiilor hipofizo-ovariene, tiroidiene şi suprarenale este obligatorie. Cauza principală este de natură neuroendocrină, în cadrul unor tulburări din sistemul diencefalo-hipofizo-ovarian. Deosebim trei tipuri de oligomenoree:

În 40—60% din cazuri, ciclurile sînt în general prelungite bifazice, ovulatoare. În aceste cazuri faza corpului galben poate fi normală, dar se poate scurta la 7—10 zile. În această situaţie are loc o dezvoltare insuficientă secretorie endometrială defavorabilă procesului de nidaţie. În 12—16% ciclurile sînt monofazice cu persistenţa chistului folicular şi cu absenţa corpului galben. Aceste femei sînt sterile datorită persistenţei foliculului şi reţinerii ovulului. În 20—24% endometrul este atrofiat datorită lipsei de maturaţie foliculară. Această perturbare foliculară va avea răsunet negativ în ceea ce priveşte stimularea estrogenică asupra uterului, vaginului şi sînilor.

Examenul histologic arată în majoritatea cazurilor o prelungire a fazei proliferative iar graficul temperaturii bazale indică uneori prezenţa ovulaţiei. Aşa se explică că multe femei pot rămîne gravide în cadrul acestei tulburări.

Tratamentul. Se impune în toate cazurile, dar în special în cele asociate cu sterilitate. Va fi precedat de

Scanned with OKEN Scanner

examenul citovaginal, biopsia de endometru, dozarea pregnandiolului şi de urmărirea curbei termice bazale.

La femeile obeze cu oligomenoree, dieta de slăbire constituie primul act terapeutic. Se remarcă o corectare a acestei tulburări după scăderea greutăţii.

Tratamentul hormonal cu estrogeni se va face în prima fază a ciclului (5—10 mg benzoat de estradiol), completat eventual cu progesteron, după caz, în a doua fază a ciclului — 20—30 mg în doze fracţionate. La femei cu hipotiroidism se va administra un extract de tiroidă de 2—3 ori/zi cîte o tabletă.

Pentru asigurarea maturării foliculului şi favorizarea ovulaţiei, în termen normal, se recomandă administrarea, între zilele 9 şi 11 a fazei estrogenice (prelungite), zilnică a 100 gama dietilstilbestrol iar în zilele a 12-a şi a 13-a, doză dublă. Administrarea de cortizon (5 mg/zi), în faza de proliferare, ameliorează tulburarea.

Se mai recomandă administrarea de vitamină E, zilnic cîte 60 mg (pe cale orală), care sensibilizează endometrul la acţiunea estrogenilor şi întăreşte acţiunea progesteronului.

AMENOREEA

Este un simptom care evidenţiază absenţa fluxului menstrual normal.

Amenoreea poate fi: *primară,* cînd menstruaţia a apărut după vîrsta de 17—18 ani; *secundară,* cînd se instalează pe o durată mai lungă, de 2—3 luni, şi după o perioadă cînd ciclurile menstruale s-au succedat normal; *fiziologică* (în sarcină, în perioada alăptării şi în menopauză); *patologică* (prin tulburări hormonale, neurovegetative, după avorturi urmate de chiuretaje şi după naştere neurmată de alăptare şi în menopauza precoce).

Etiopatogenie. Se recunosc factori multipli: *tulburări hormonale* (prin insuficienţă sau exces) cu repercusiuni asupra funcţiei ovariene; *insuficienţa* sau *hipersecreţia de foliculină* primitivă, congenitală, cauzată de o insuficienţă sau exces hipofizar; *sindroamele pluriglandulare:* hipertiroidismul, insuficienţa glandelor suprarenale (Addison sau addisonismul), tulburările funcţionale hipofizare (sindroamele Simmonds, Cushing, sindromul adiposo-genital, acromegalia), pot produce o suprimare tranzitorie a ciclului menstrual.

• În alte cazuri, poate apare ca un epifenomen al unor boli care domină tabloul clinic (bolile febrile acute: febra tifoidă, variola, oreion, pneumonia), bolile caşectizante (T.B.C., sifilisul, nefropatiile, cardiopatiile), precum şi anemia gravă. *Afecţiunile nervoase* (tabesul, epilepsia), intoxicaţiile cronice (tabagismul, alcoolismul, saturnismul, morfinomania) sînt urmate de foarte multe ori de amenoree. *Infecţiile aparatului genital* sau de vecinătate (peritonita, tuberculoza, metroanexita cronică, inflamaţia endometrului sau distrugerea lui, fără perspective de refacere, după chiuretaje (sinechia uterină), constituie cauze organice locale de amenoree temporară sau definitivă. *Exereza uterului,* castrarea prin intervenţii chirurgicale de exereză sau iradiere, precum şi anumite malformaţii genitale (hipoplazie ovariană totală, sindrom Turner, lipsa uterului, atrezia colului etc.) sînt alte cauze care pot genera amenoreea. Se descriu următoarele forme de amenoree: amenoree hipotalamică, amenoree hipofizară, amenoree ovariană, amenoree uterină, amenoree tiroidiană sau suprarenală, amenoree hiper-

Scanned with OKEN Scanner

hormonală, amenoree chirurgicală și cea actinică.

Amenoreea de origine hipotalamică. Agresiunile psihice sînt urmate, de cele mai multe ori de o carență în hormonii adenohipofizari cu absența activității estrogenice și constituie factorul principal al amenoreii. Carența acestor hormoni se datorește probabil suprimării stimulului diencefalic subcortical sau cortical, consecință a unor factori stressanți.

Trauma afectivă (boli grave sau deces în familie, frica și anxietatea, calamități, viață de lagăr, stare de război, sarcina nedorită etc.) este în măsură să producă o dereglare în axul hipotalamo-hipofizar, ce poate avea drept consecință amenoreea. În această categorie se integrează și menopauza precoce.

Anorexia urmată de amenoree este tot un sindrom hipotalamic. Psihoterapia și alimentația adecvată sînt de obicei eficiente.

Psihozele, indiferent de cauza lor, pot fi urmate de amenoree.

Condițiile de climă. Schimbările bruște de climă și altitudine pot duce la amenoree, dar o ședere mai prelungită în noile condiții geografice vor redresa această tulburare și fluxul menstrual se poate relua.

Bolile de sistem acute și cronice (tuberculoza, leucozele) pot fi însoțite de amenorei tot prin tulburarea funcțiilor hipotalamo-hipofizare.

Malformațiile congenitale hipotalamo-hipofizare sau sechelele inflamatorii la acest nivel, ca și tumorile acestui ax, pe lîngă obezitate, diabet, hipogonadism, constituie și cauza amenoreii. În asemenea cazuri simptomele neurologice ne facilitează diagnosticul.

Traumatismele craniene. Leziunile cranio-cerebrale ca și hematoamele craniene sînt în măsură să producă hipopituitarism prin atingerea hipotalamusului sau a hipofizei, cu toate consecințele funcționale ce decurg din această situație, inclusiv amenoree.

Amenoreea hipofizară. Distrofia adipozo-genitală (sindromul Fröhlich) se datorește tulburărilor funcționale diencefalo-hipofizare. Simptomele sînt: amenoree, cefalee, hipertricoză, adipozitate.

Sindromul Simmonds. Survine după tromboze septice a antehipofizei. Se manifestă prin hipotiroidism, hiposuprarenalism, hipogenitalism, amenoree, scăderea în greutate, mucoase uscate etc.

Sindromul Sheehan apare după necroza parțială a antehipofizei și se manifestă prin amenoree, agalactie etc.

Hipopituitarismul consecință a unor tumori cu localizare pe antehipofiză (adenomul cromofob antehipofizar). În cadrul acestei boli apare amenoreea, anemia, sterilitatea. Dimpotrivită, cînd tumora este un adenom eozinofil, pe lîngă amenoree apare gigantismul, acromegalia.

Craniofaringiomul prin compresiunea pe antehipofiză generează amenoreea, infantilismul genital, obezitatea sau diabetul insipid.

Bolile inflamatorii meningeale sînt alți factori ce pot sta la baza tulburărilor antehipofizei urmate de amenoree.

Inaniția cronică, mai ales lipsa în acizi grași esențiali, atrage după sine o scădere a secreției trofinelor hipofizare urmată de amenoree.

Diagnosticul se stabilește în funcție de anamneză, examenul complex clinic și de laborator, din care să nu lipsească testele de valoare funcțională hipofizară.

Amenoreea ovariană are cauze organice funcționale sau genetice cum sînt: arenoblastomul, gonadoblastomul, inflamația cronică a ovarului,

Scanned with OKEN Scanner

hipoplazia congenitală, chistele foliculinice și ale corpului galben, sindromul Turner cu variantele sale.

Amenoreea ovariană se prezintă sub două aspecte: *amenoree hipohormonală* și *hiperhormonală*.

Caracterele comune ale acestor două tipuri de amenorei constau într-o secreție estrogenică insuficientă, uneori o producție crescută de androgeni și o activitate crescută a gonadotrofinelor hipofizare, reactivitate normală (Vokaer, 1958).

Amenoreea uterină este de două feluri: *congenitală* și *dobîndită*. Cea congenitală se datorește malformațiilor congenitale a uterului sau lipsa lui de dezvoltare (sindromul Mayer-Kuster). De obicei, uterul nu lipsește complet ci este reprezentat de rudimente fibromusculare necanalizate. În asemenea cazuri amenoreea este ireversibilă. Malformații ale colului sau ale vaginului, de asemeni, pot fi cauze de amenorei uterine. Amenoreea dobîndită este de obicei consecința unei insuficiente receptivități uterine. Este indicată în asemenea cazuri proba estrogenică în scop de diagnostic. Sindromul mai poate apare după iradieri cu raze X sau atrofia endometrului, precum și în cazul unor procese inflamatorii endometriale (după chiuretaje repetate) ce pot merge pînă la *sinechia uterină* cu lipsa totală de funcționalitate a endometrului.

Amenoreea de origine suprarenală sau tiroidiană apare în boala lui Addison, în sindromul Cushing, în virilismul prin tumoră virilizantă și în sindromul adrenogenital netumoral. Hipertiroidismul ca și, dealtfel, hipotiroidismul pot avea influențe asupra funcției ovarelor.

Amenoreea chirurgicală apare după histerectomie sau ovariectomie bilaterală. În cazul histerectomiilor înalte cu păstrarea unei porțiuni a endometrului e posibil fluxul menstrual. După histerectomii sau ovariectomii bilaterale, în cazul în care apare o sîngerare ce simulează o menstruație, *examenul colului este obligatoriu*, pentru a depista eventuale leziuni maligne sau benigne la acest nivel.

Amenoreea actinică. Iradierea ovarelor, aplicările de radium sau utilizarea de substanțe radiomimetice (folosite în chimioterapia cancerului) pot duce la amenoree temporară sau chiar definitivă.

Diagnosticul amenoreei este destul de dificil. Anamneza, examenul general și cel neuro-endocrinologic, precum și examenul ginecologic au o importanță deosebită. Testele de laborator sînt indispensabile. Se vor elimina, în primul rînd, diagnosticul de sarcină și cauzele fiziologice urmate de amenoree (cum sînt alăptarea, menopauza). Se poate recurge uneori la histerografie, celioscopie, culdoscopie, mai ales în cazul suspectării de malformații. Verificarea permeabilității canalului cervical este obligatorie în asemenea situații.

Testul la estrogeni (1 mg dietilstilbestrol în administrare per os, 21 de zile) este valoros. În cazul în care după 7 zile de la suprimarea acestei terapii, apare o sîngerare uterină de privație însemnează că există uter și receptivitate.

Testul la progesteron (Zondek) permite verificarea insuficienței luteinice. Dacă după administrarea de 25—50 mg de progesteron, 3 zile, apare o hemoragie de privație, însemnează că există FSH și estrogeni.

• Dozarea fenolsteroizilor, pregnansteroizilor și 17-cetosteroizilor este indicată avînd în vedere reflectarea aprecierii prezenței hormoni-

Scanned with OKEN Scanner

lor: estrogeni, progesteron şi suprarenalieni.

Tratamentul va fi judicios întocmit şi are drept scop stabilirea ciclurilor menstruale normale. Factorii psihogeni cu acţiune hipotalamică trebuiesc înlăturaţi prin măsuri generale de corectare a labilităţii nervoase. În cazul tumorilor se indică tratamentul neuro-chirurgical.

În *amenoreele hipofizare recente* se administrează parenteral 1000 U.I. FSH (la 2 zile), timp de 15 zile, apoi 10 zile se va face un tratament cu 500 LH (zilnic).

Se mai aplică o terapie cu estrogeni şi progesteron după schema: 5 mg sintofolin (timp de 20 zile) şi 10 mg progesteron zilnic (5 zile).

În amenoreea ovariană: în cele *hipohormonale* se va face testarea cu progesteron în prealabil (5—10 mg progesteron zilnic). Dacă nu apare menstruaţia se vor administra estrogeni. În forma *hiperhormonală,* la femeile tinere se va administra zilnic de 3×500 U.I. de LH (6 zile), iar femeilor mai vîrstnice li se va face o terapie cu progesteron de 6×10 mg zilnic.

În *amenoreea uterină* se va face un tratament cu 10 mg microcristale de monobenzoat de estradiol sau, în lipsă, 5 mg sintofolin, de 2 ori pe săptămînă asociat cu progesteron.

În caz de *sinechie uterină* se recomandă dilatări ale canalului cervical, eventual chiuretaj foarte blînd apoi tratament local cu antibiotice.

În *amenoreea tiroidiană.* În **hipotiroidie** se va administra de 2 ori pe zi un preparat de extract tiroidian de 0,025—0,075 g. În **hipertiroidie** se administrează 50 mg benzoat de estradiol. Tratamentul cu propiltiouracil se va face în urma consultului cu un specialist de boli interne.

• În amenoreea de *origine suprarenală* se recomandă dezoxicorticosteron, 10 mg, de două ori pe săptămînă.

TULBURĂRI DE FLUX MENSTRUAL PRIN EXCES

(menoragia, hipermenoreea, polimenoreea)

MENORAGIA

Prin menoragie se înţelege o menstruaţie abundentă şi prelungită care durează peste 6—7 zile. Vorbim de *menoragie* cînd hemoragia uterină continuă menstruaţia, iar de *metroragie* cînd hemoragia uterină apare între două fluxuri menstruale. Deosebirea dintre *hemoragiile funcţionale* şi cele *organice* este categorică. În hemoragiile funcţionale un rol important îl au cauzele neurohormonale spre deosebire de hemoragiile organice care au o cauză locală.

Etiopatogenia. Cauzele menoragiei sînt multiple. Ea apare de obicei în pubertate şi premenopauză. Între *cauzele locale* se citează: procesele inflamatorii ale endometrului, iritaţii cronice, varicozităţi, stază prin deviaţii uterine, fibroză uterină, fragilitate capilară. Cauzele locale pot coexista cu dereglări de corelaţie cortico hipotalamo-hipofizo-ovariană ce au un răsunet asupra reactivităţii uterine.

Scanned with OKEN Scanner

Menoragiile neuro-endocrine. Menoragiile cu hiperplazie glandulară sînt cuprinse sub denumirea clasică de *metropatii hemoragice,* în care hiperestrogenia joacă un rol important. În ultimul timp, cercetările cu privire la producerea hiperplaziei endometriale au arătat că aceasta poate avea loc şi în cadrul unei acţiuni estrogenice normale (în asemenea cazuri receptivitatea mucoasei uterine fiind crescută). Se pare că *durata stimulării estrogenice constituie factorul determinant al proliferării exagerate a endometrului.* S-a dovedit, în ultimul timp că hiperestrogenia absolută sau relativă, necesară producerii unei hiperplazii glandulochistice a endometrului recunoaşte trei cauze mai importante: hipersecreţia, dezechilibrul hormonal şi sensibilitatea locală la estrogeni.

• Nu putem trece cu vederea *sindromul de ovarită sclerochistică* care reflectă modul particular de reacţie a ovarelor la diverse agresiuni: *inflamatorii* şi *hormonale.* Ambele categorii etiologice pot fi urmate de menoragii.

Tumorile *granuloasei* sau ale *tecilor foliculare* pot determina o pubertate precoce, sau o hipertrofie grandulochistică a endometrului, cu menoragii sau menometroragii.

În perioada de premenopauză, lipsa ovulaţiei determină o impregnaţie estrogenică pronunţată ce duce la *hipertrofia simplă* sau *glandulochistică* a endometrului.

În *sindromul hepatoovarian,* insuficienţa hepatică poate sta la baza creşterii estronei şi estriolului cu hipertrofia endometrului prin diminuarea titrului corpilor oxidaţi.

• Menoragiile prin hiperplazii ale endometrului pot apare la orice vîrstă.

Menoragii fără hiperplazia endometrului. Un endometru atrofic este în măsură să provoace adesea menoragii prin tulburările sale proliferative şi de descuamare a stratului superficial (funcţional). Cea mai frecventă formă de menoragie este dată de descuamarea incompletă a endometrului premenstrual şi retenţia, după menstruaţie, a unor insule endometriale în faza secretoare. Acestea sînt de fapt veritabile menoragii caracterizate prin flux menstrual abundent şi prelungit.

Menoragiile de *origine tiroidiană* se întîlnesc în mixedemul congenital sau dobîndit şi după tiroidectomii cînd are loc o secreţie îndelungată de estrogeni ce duc la hiperplazia endometrului.

Menoragiile neuromusculare. Tulburările sînt de origine endocrină şi se traduc prin *distrofii* şi *diskinezii* ale *miometrului* cu tulburări de contractilitate.

Menoragiile în *hipoplazie genitală.* Uterul este hipoplazic cu o contractilitate deficitară uterină, cu modificarea hemostazei, menstruaţia va fi abundentă şi prelungită.

Menoragii produse de *fibromul uterin* sau de *uterul scleros* din menopauză. Şi în aceste cazuri contractilitatea uterină este redusă şi menoragia se poate manifesta.

Tulburările de statică pot produce o tulburare în contractilitatea miometrului urmată de menoragie.

Menoragiile neuro-vasculare. Aceste forme se întîlnesc în *congestia activă* sau *pasivă* a sferei genitale sau ca urmare a *traumatismului psihic,* cînd este de durată. Congestia activă poate fi produsă de vibraţii, zguduiri puternice (trepidaţii), sportul abuziv, băile prea reci sau prea calde, excesul sexual, masturbaţia, iar congestia pasivă este cauzată de bolile cardio-vasculare, hepatice, renale.

Menoragiile prin tulburări de coagulare sanguină (diateze hemoragice).

Scanned with OKEN Scanner

Se întîlnesc la pubertate și în premenopauză. Menoragiile apar în aceste cazuri datorită modificărilor de coagulabilitate sanguină, ce pot apare sub influența unei hiperestrogenii, urmată de scăderea numărului trombocitelor și creșterea timpului de coagulare.

Diagnosticul necesită o anamneză completă, un examen clinic (local și general) și explorări de laborator.

Tratamentul va fi cauzal și instituit cu multă prudență avînd în vedere că o terapie hormonală intempestivă este primejdioasă. Chiuretajul uterin în scop bioptic și terapeutic trebuie făcut cu mare blîndețe și numai în baza unor indicații judicioase.

Alte manifestări ce pot avea loc în cadrul tulburărilor de flux menstrual prin exces sînt: hipermenoreea și polimenoreea.

HIPERMENOREEA

Presupune un exces cantitativ al hemoragiei menstruale. Dacă se adaugă și o durată prelungită, hipermenoreea poate fi însoțită de menoragie. Hipermenoreea pur funcțională este rară. De obicei este cauzată de o insuficiență luteinică, de polipi, fibromioame, inflamații, cancer. În afară de aceste cauze, unele boli de sistem ca: trombocitopenia, leucoza, boala hipertonică pot produce hipermenoreea sau menoragia. Hipermenoreea funcțională ar fi o expresie a acțiunii prelungite a corpului galben. Biopsia de endometru și dozarea pregnandiolului sînt concludente.

Tratamentul va urmări îndepărtarea cauzei și favorizarea vindecării rapide a plăgii endometrului, prin estrogeni administrați după 4 zile de la menstruație sau printr-un tratament cu progesteron făcut înaintea apariției ciclului menstrual cu 4 zile.

POLIMENOREEA

Apare de obicei după pubertate și în premenopauză (mai rar între 20 și 40 de ani). Ciclurile sînt scurte de 17—21 zile, cu debit menstrual normal, prelungit și abundent. Ovulația are loc între zilele a 8-a și a 9-a a ciclului. Infertilitatea poate fi cauzată de acest motiv de scurtarea fazei corpului galben. Dozările hormonale și curba bazală au importanță în stabilirea tratamentului. La femeile între 20—40 de ani cu faza proliferativă scurtă, se administrează estrogeni (benzoat de estradiol 5 mg din 3 în 3 zile, începînd din ziua a 3-a după menstruație). După pubertate și premenopauză, tratamentul se va adresa stării generale a bolnavei.

Scanned with OKEN Scanner

INFECȚIILE APARATULUI GENITAL FEMININ

GENERALITĂȚI

Înțelegem prin infecții ale aparatului genital feminin totalitatea proceselor inflamatorii (a infecțiilor) și infestațiilor care afectează organele genitale interne și externe ale femeii. Aceste afecțiuni sînt provocate de agenți microbieni, micotici și paraziți. În raport cu specificitatea leziunilor produse le împărțim în infecții *nespecifice* și *specifice*. După localizarea lor la diferitele segmente ale organelor genitale feminine se realizează diferite forme *anatomo-clinice*.

Prin consecințele pe care le au asupra procesului de reproducere și a capacității de muncă a femeii, ele *reprezintă o importanță deosebită*, întrucît un mare număr de femei sînt scoase din producție, temporar sau definitiv.

ETIOLOGIA

În etiologia infecțiilor aparatului genital feminin intră în discuție factori determinanți, factori favorizanți din mediul intern (macroorganismul), factori favorizanți din mediul extern.

1. *Factori determinanți* (microorganismul) sînt reprezentați prin flora microbiană care se împarte în:

a. *flora saprofită:* cuprinde peste 52 de specii microbiene aflate în vagin și în mediul înconjurător. Din flora saprofită amintim următoarele microorganisme: bacilul Döderlein, Caducus, Nebulosus, streptococii nepatogeni etc.

b. *flora facultativ patogenă:* înglobează colibacilul, streptococul, pneumococul etc., care pot deveni patogeni în urma traumatismelor organelor genitale și a debilitării organismului.

c. *flora patogenă* este reprezentată prin gonococ, bacilul Duckrey, baciclul Koch, spirocheta palida, micoze (Candida albicans etc.) cît și de Trichomonas vaginalis, din seria paraziților.

2. *Factorii favorizanți din mediul intern* (macroorganismul) sînt reprezentați prin: starea de rezistență, și receptivitatea organismului.

Starea de rezistență și puterea de apărare a organismului este legată de structura și funcția organelor genitale. Astfel:

Vulva prin situația sa și vecinătatea cu anusul favorizează microbismul;

— *glandele vulvare* întreține focare de infecție cronică;

— *secrețiile* în exces ale glandelor sebacee și sudoripare locale macerează regiunea și diminuă rezisten-

Scanned with OKEN Scanner

ţa creînd căi de pătrundere a germenilor în organism;

— *traumatismele vulvare* prin deflorare, raport sexual violent, masturbaţie, grataj, lezări cu instrumente, rupturi de perineu, care fac posibilă pătrunderea germenilor în organism;

— *tulburări trofice* locale prin carenţe hormonale şi vitaminice, întîlnite mai ales după menopauză;

Vaginul fiind organul copulaţiei favorizează dezvoltarea germenilor în raport cu dezechilibrul biochimismului său şi a pH-ului, care normal este de 4,5—5,2. Astfel:

— dezechilibrul biochimismului vaginal constituie o condiţie favorizantă pentru apariţia infecţiei genitale,

— puterea de apărare a vaginului este alterată prin acţiunea agenţilor mecanici, chimici sau termici, cu efecte nedorite asupra mucoasei vaginale,

— unele stări fiziologice (sarcina) ce scad puterea de apărare a organismului,

— prezenţa unor polipi vaginali, tumori, fistule rectovaginale sau vezico-vaginale, care întreţin şi exaltă microbismul vaginal.

Uterul şi colul uterin. Prin structura lor anatomică cu numeroase glande, constituie un mediu cronic de infecţie. La acestea se adaugă prezenţa următoarelor condiţii:

— fibromul uterin cu localizare submucoasă prin hemoragiile şi secreţiile abundente pe care le produce favorizează microbismul; tulburările distrofice ale mucoasei uterine în menopauză; congestia utero-anexială din timpul ciclului menstrual; constipaţia cronică, care întreţine congestia pelviană; sportul exagerat, frigul, umezeala, căldura excesivă şi toate noxele de mediu favorizează infecţia genitală.

Natura şi virulenţa agentului patogen este în raport cu condiţiile în care se dezvoltă şi cu calea de pătrundere în organism. Cît priveşte agentul patogen intră în discuţie următoarele considerente:

Căile de acces ale agentului patogen în organism. Căile de acces ale *agentului patogen* în organism pot fi următoarele:

— *canaliculară,* ascendentă sau descendentă, trecînd de la mucoasa vaginală, la col, endometru, trompe, peritoneu,

— *calea sanguină,*

— *calea limfatică,*

— *prin contiguitate* de la organele vecine.

Modalitatea de inoculare. Inocularea poate fi consecinţa următorilor factori:

— avorturi septice cu floră aerobă sau anaerobă: bacilul perfringens, anaerobius, ramosus etc.;

— naşteri laborioase incorect asistate;

— defecte de igienă sexuală;

— contact sexual infectant;

— explorări şi intervenţii executate în condiţii infectante.

Receptivitatea organismului la agentul microbian. Este în funcţie de starea de rezistenţă a organismului şi de diferitele stări fiziologice şi nefiziologice în care se găseşte organismul la un moment dat. Mai intră în discuţie echilibrul hormonal, starea de nutriţie a individului şi o serie de stări stressante, care măresc receptivitatea faţă de agenţii microbieni.

Factorii favorizanţi din mediul extern sînt realizaţi de:

— traumatismele locale;

Scanned with OKEN Scanner

— munca grea, obositoare şi surmenantă, efectuată într-un mediu umed, rece, toxic etc.;

— intoxicaţiile exogene profesionale cu caracter cronic;

— avitaminozele, carenţele alimentare, mai ales în proteine;

— stările alergice, create prin antibioterapie;

— factorii psihici, emoţionali (stressul emoţional).

Frecvenţa infecţiilor genitale după etiologie. După statistici recente, în raport cu agentul patogen, frecvenţa infecţiilor genitale este: gonococul, în 9,9%, strepto-stafilococul în 16,42%, bacilul Koch în 21%, infecţiile genitale cu etiologie necunoscută în 48,76%.

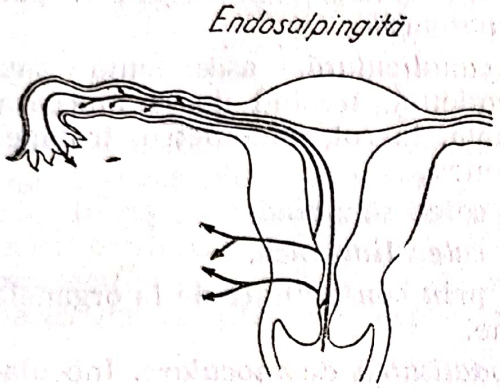


Fig. 54 — *Modalităţi de pătrundere a agenţilor patogeni în organele genitale* (după Pschyrembel).

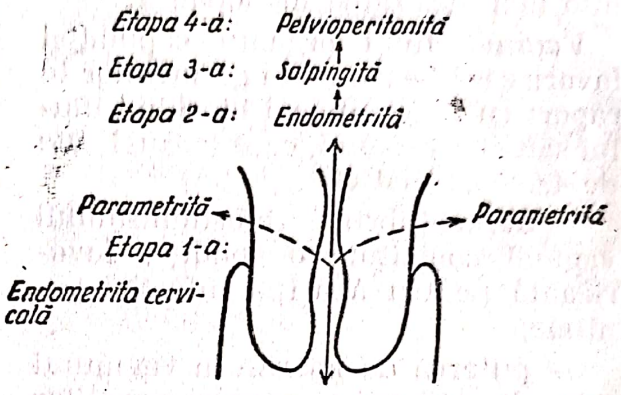


Fig. 55 — *Cele patru etape ale infecţiilor ascendente.*

PATOGENIA

Faţă de pătrunderea agenţilor patogeni, organismul reacţionează prin două modalităţi:

a. Prin *fenomene generale* (reacţii) care cuprind: modificările de puls, temperatură, starea generală, fenomene alergice şi imunologice etc.

b. Prin *fenomene locale* (reacţii) care sînt reprezentate de: tulburările de circulaţie; tulburările distrofice tisulare; fenomene inflamatorii locale de ordin exudativ, proliferativ sau exudativo-proliferativ.

INFECŢIILE NESPECIFICE

VULVITELE

Infecţiile localizate la nivelul vulvei se numesc vulvite. Ele sînt produse de diverşi agenţi patogeni, fie microbieni banali, fie saprofiţi, care, dintr-o anumită cauză, îşi exaltă virulenţa, fie de agenţi patogeni inoculaţi prin contact venerian. Cauzele care pot exalta virulenţa sînt:

Scanned with OKEN Scanner

a. secreţiile locale abundente (medii de cultură)

b. traumatismele locale (viol, grataj, masturbaţie, oxiuri, corpi străini, lipsa de igienă locală, care macerează mucoasa etc).

Simptomatologia vulvitelor este, în general, aceeaşi. Simptomul principal îl constituie *senzaţia de arsură* şi jenă vulvară, însoţită de mîncărimi şi înţepături. Vulva este congestionată, edematiată şi uneori uşor violacee. *Obiectiv* se constată prezenţa unei *secreţii vulvare muco-seroase* sau *muco-purulente* abundente.

Diagnosticul diferenţial se face cu bartolinita acută. Este obligatoriu examenul secreţiei vulvo-vaginale.

Vulvitele banale sînt determinate fie de *agenţi microbieni banali,* fie de *agenţi saprofiţi* care, dintr-o anumită cauză, îşi exaltă virulenţa şi devin patogeni.

Tratament: băi de şezut călduţe, irigaţii cu ceai de muşeţel, soluţii antiseptice uşoare, pudraj cu praf de sulfamidă, antibiotice sau dermatol, pastă sulfamidată, iar, la cele distrofice se adaugă pastă cu foliculină care are efecte trofice locale.

Vulvitele din bolile infecţioase generale se întîlnesc în cursul scarlatinei, rubeolei, rujeolei, varicelei, difteriei şi febrei tifoide. Faţă de restul vulvitelor se caracterizează prin tendinţă marcată la ulceraţii.

Ca o formă specială amintim vulvita *herpetiformă,* întîlnită în cadrul *afecţiunilor dermatovenerice:* se caracterizează prin dureri extrem de vii. Vulvita *impetiginoasă* e caracterizată prin prezenţa pustulei. Vulvita *aftoasă* e caracterizată prin afte, cu conţinut seros sau sero-sanguinolent, care se sparg în cîteva zile şi se transformă în ulceraţii extrem de dureroase. De obicei în aceste ulceraţii acute se întîlneşte ca floră bacilul Crassus.

Se mai pot întîlni vulvite în cadrul *luesului* şi în cadrul *şancrului moale.* În ultimul caz ulceraţiile vulvare sînt extrem de *dureroase* şi însoţite de adenopatie inghinală cu tendinţă de supuraţie.

Vulvita gonococică este consecinţa infecţiei cu gonococ. Diagnosticul pozitiv se bazează pe prezenţa în secreţiile prelevate a gonococului. Ca o caracteristică distinctă este culoarea verzuie a puroiului şi afectarea, în mod asociat, a uretrei şi glandelor vulvare.

Evoluţie şi complicaţii. La fetiţe are tendinţa spre cronicizare, iar la femeia adultă ascensiunea spre trompe este aproape o regulă.

Tratamentul trebuie aplicat cît mai precoce şi intens şi constă în măsuri locale şi măsuri cu caracter general. Local, băi de şezut cu ceai de muşeţel, permanganat de potasiu,

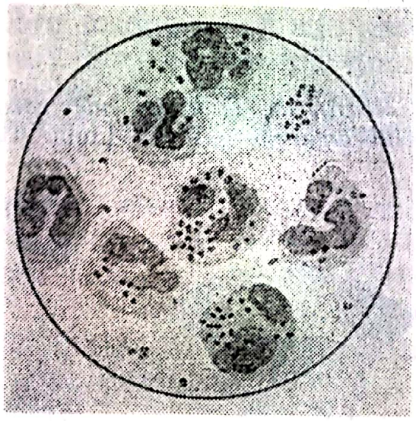


Fig. 56 — *Imagine microscopică cu bacili Neisser* (gonococi) (după Pschyrembel).

soluţie 1/2000, oxicianură de mercur, sol. 1/4000, sau soluţie de rivanol 1/4000. General, se aplică un tratament intens cu antibiotice, conform antibiogramei.

Vulvita trichomonazică şi micotică sînt tratate la capitolul vaginita cu trichomonas.

Scanned with OKEN Scanner

Vulvita diabetică apare ca o manifestare în cadrul diabetului. Este consecința tulburărilor de metabolism și a contactului vulvar cu urinele zaharate și acide. Se manifestă ca o toxicodermie, simptomul principal fiind *pruritul vulvar* și *eritemul regiunii*. Sînt persistente, recidivante și rebele la terapie, dacă nu este cunoscută etiologia lor diabetică și nu se tratează diabetul.

Tratamentul. Vizează un regim antidiabetic corespunzător. Local se va evita acțiunea iritantă a urinei prin spălături alcalinizante.

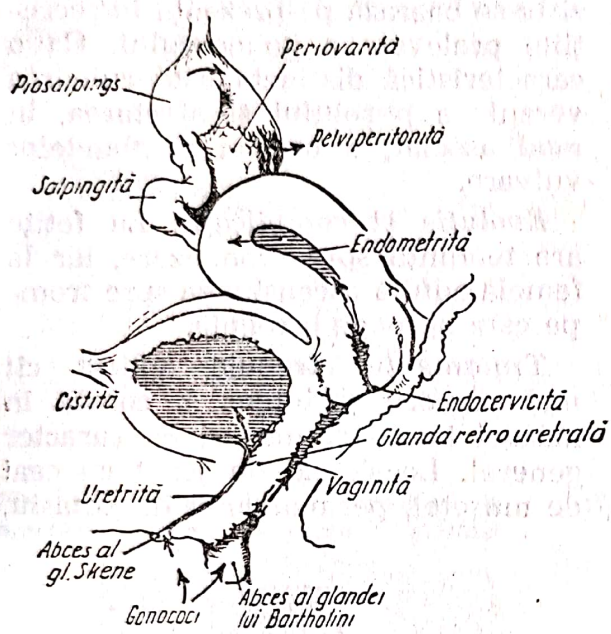
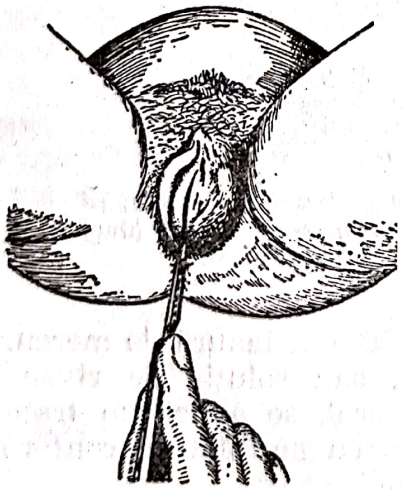


Fig. 57 — *Diferite localizări ale gonococului la nivelul organelor genitale* (după Taylor).

BARTHOLINITELE

Sînt infecții localizate la nivelul glandei lui Bartholin. Etiologic se datoresc, în majoritatea cazurilor, gonococului. Uneori infecția gonococică a glandei este mascată de prezența unui germene microbian asociat gonococului. Se întîlnesc însă și infecții cu germeni banali. Clinic deosebim următoarele forme: acută, cronică, chistică, reziduală.

Bartholinita acută. Procesul inflamator acut este localizat la nivelul glandei și se caracterizează prin tumefierea glandei, dureri vii și intense, eritem local. Starea generală este ușor alterată, cu temperatura de 38—39°C. Netratată procesul evoluează spre abces al glandei. Prin



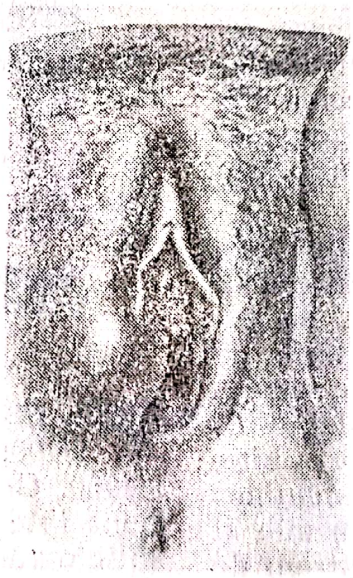


Fig. 58 — *Abces al glandei lui Bartholyn* (din dreapta) (după Pschyrembel). În cartuș: incizia abcesului glandei lui Bartholyn cu bisturiul (colecția Clinicii).

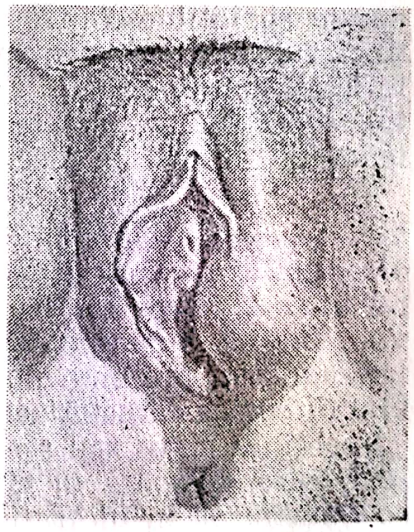


Fig. 59— *Chist al glandei lui Bartholyn* (Bartholynita chistică reziduală) (după Pschyrembel).

Scanned with OKEN Scanner

incizie se evacuează un conținut purulent după care fenomenele inflamatorii locale și generale cedează.

De cele mai multe ori însă abcesul glandei lui Bartholin, fistulizează spontan.

Bartholinita cronică este urmarea celei acute care a fistulizat sau a fost incizată. Este posibil ca bartholinita să evolueze cronic de la început; în acest caz ne găsim în fața abcesului cronic al glandei.

Bartholinita chistică, reziduală este consecința unei infectări latente și atenuate a canalului glandei. Prin obstruarea lui, în glandă se acumulează secrețiile mucoasei și chistul se instalează pe neobservate ajungînd la mărimea unei nuci. Chistul este bine delimitat, mobilizabil și fără reacție inflamatorie locală. *Tratamentul* vizează două obiective importante:

— *în faza acută* se instituie un tratament intens cu antibiotice pentru a opri evoluția procesului spre supurație sau cronicizare;

— *în faza cronică* se indică asanarea focarului de infecție, printr-un tratament susținut.

În caz de abces bartholinian pe lîngă tratamentul general cu antibiotice sau sulfamide se indică *incizia glandei și drenaj*. Tratamentul bartholinitei cronice este local, prin asanarea focarului și, constă în *extirparea glandei*. La fel se extirpă glanda și în chistul bartholinian consecutiv obstrucției canalului de evacuare.

VAGINITELE (COLPITELE)

Sînt procese inflamatorii localizate la nivelul vaginului (colpite). Se asociază de obicei cu infecțiile vulvei din care motiv sînt de cele mai multe ori *vulvo-vaginite*. Ele pot fi întreținute de infecțiile colului uterin (metrita cervicală). Ca *forme anatomoclinice* deosebim:

Vaginita simplă sau catarală. Mucoasa este congestionată și are aspect neted și lucios.

Vaginita granuloasă se caracterizează prin granulații și denivelări ale mucoasei vaginale, cu aspect izolat sau confluente.

Vaginita foliculară se caracterizează prin prezența unor foliculi roșii la nivelul mucoasei vaginale.

Vaginita senilă apare la femei în menopauză și este consecința atrofiei mucoasei vaginale și exaltării florei banale.

Vaginita emfizematoasă se caracterizează prin mici vezicule perlate cu conținut seros sau sero-aerat. Este produsă de o floră anaerobă.

Vaginita pustuloasă. Semnul principal îl constituie prezența pustulelor cu conținut purulent.

Vaginita exfoliativă se caracterizează prin exfolierea mucoasei vaginale care se detașează sub aspect de lambouri. Este consecința unor aplicații locale de medicamente sau a combustiei prin spălături prea fierbinți.

Vaginita difteroidă (crupoasă) este caracterizată prin prezența pseudomembranelor difteroide. *Etiologic*, practica ne arată că toți microbii pot determina inflamații la nivelul vaginului (inclusiv flora vaginală saprofită).

Clinic vaginitele pot evolua *acut*, *subacut* și *cronic* în funcție de natura agentului infecțios și de intensitatea procesului inflamator. *Simptomatologia* vaginitelor este, în general, comună. Există și mici variații care le fac distincte unele de altele.

Simptomele subiective: senzația de înțepătură, arsuri cu iradiere spre vulvă și perineu, care se accentuează la micțiune, fiind însoțite de disurie; secreția vaginală abundentă, cu as-

Scanned with OKEN Scanner

pect de leucoree caracteristică pentru fiecare formă clinică, *dispareunie,* tenesme vezicale (mai ales în vaginita gonococică).

Simptomele obiective: eritemul vulvo-perivulvar și vaginal, care realizează congestia vaginală, intertrigo inghinal, mucoasa vaginală roșie îngroșată, rugoasă, granulară și edematoasă, fiind acoperită de depozite cu secreții; examenul cu speculum și tact vaginal dureros, temperatura locală ridicată.

Diagnosticul etiologic se face pe baza examenului secreției vaginale, prin care se pune în evidență agentul microbian cauzator. *Diagnosticul diferențial* se va face cu *vaginismul,* care, de asemenea, prezintă o hiperestezie vulvo-vaginală și contractură fără semne inflamatorii.

Vaginitele banale apar în cadrul proceselor inflamatorii banale și sînt cauzate de diverși agenți patogeni, dintre care mai frecvent strepto-stafilococii. Sînt vaginite frecvent întîlnite.

Vaginita gonococică este cauzată de gonococ. Se constată o leucoree, cu caracter purulent, de culoare galben-verzuie, abundentă. Procesul afectează colul uterin, vulva, uretra și vezica.

Evoluția. La femeile adulte, vindecarea se obține cu ușurință după un tratament corect și complet. La fetițe, vulvo-vaginita gonococică prezintă o tendință marcată spre cronicizare, datorită rezistenței scăzute a mucoasei vaginale, o caracteristică a acestei vîrste.

Complicațiile pot fi: bartholinita acută supurată, endocervicita și endometrita gonococică, salpingo-ovarita (anexita) acută și cronică, pelviperitonita cu diferite forme clinice, flegmonul ligamentului larg (parametrita), peritonita generalizată gonococică, septico-piemia gonococică.

• O problemă deosebită o constituie *coexistența gonocociei cu sarcina* cînd fătul poate fi contaminat în timpul nașterii, producînd *oftalmia gonococică* și *vulvo-vaginita fetițelor nou-născute,* iar postpartum la mamă poate duce la diseminare cu apariția unei septico-piemii.

Tratamentul este general și local și variază în funcție de evoluția clinică, acută sau cronică. *Tratamentul general,* în formele acute se vor administra antibiotice cu acțiune asupra gonococului, iar la fetițe tratamentul se asociază cu foliculină. Antibioticele se vor administra de la început în doze masive și va dura pînă la negativizarea secreției. *Tratamentul local:* băi locale cu ceai de mușețel, emoliente; comprese locale reci cu rivanol sau alte substanțe dezinfectante, cînd fenomenele inflamatorii sînt intense; se mai pot aplica spălături externe cu permanganat de potasiu în soluție de 1/2000, cu soluție de oxicianură de mercur 1/4000 sau soluție de rivanol 1/4000 etc.; după uscare pudraj cu praf de sulfamidă.

Se practică, cu rezultate bune în uretritele și cistitele gonococice, instilații cu *soluție de protargol* 2—4%, instilații cu antibiotice și ovule vaginale cu antibiotice concomitent cu tratamentul general. În formele acute se vor evita irigațiile vaginale. În formele cronice se instituie vaccino-terapia cu vaccin Delbet, pentru reacutizarea procesului, după care se instituie un tratament cu antibiotice.

Vaginita cu trichomonas este urmarea infestației vaginale cu parazitul *Trichomonas vaginalis.* Este răspîndită la femei.

Simptomatologia este descrisă anterior, are un caracter specific: *leucoreea spumoasă cu miros de mucegai* și *senzația de prurit vulvar.* Une-

Scanned with OKEN Scanner

ori simptomele pot fi diminuate şi parazitul se descoperă ocazional în secreţia vaginală.

Evoluţia colpitei trichomonazice este marcată prin *tendinţă la croni-*

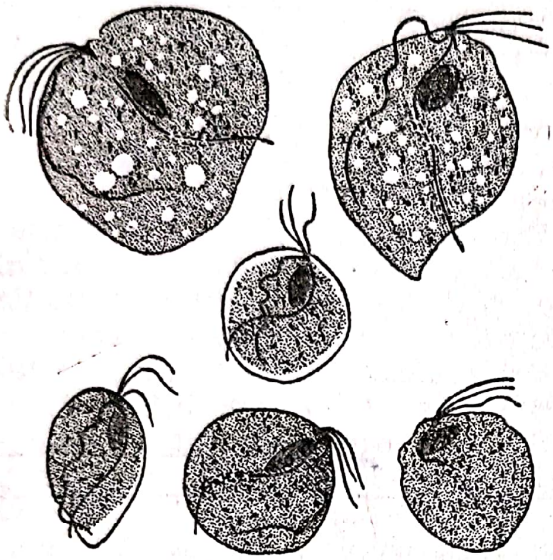


Fig. 60 — *Imagine microscopică cu Trichomonas vaginalis.*

cizare. Adeseori paraziţii îmbracă forme de rezistenţă rămîn latenţi şi, în anumite condiţii favorabile, îşi redeşteaptă virulenţa. Majoritatea recidivelor pot fi explicate şi *sînt de fapt recontaminări exogene.*

Diagnosticul pozitiv se face prin evidenţierea parazitului flagelat în secreţia vaginală, în frotiu nativ sau colorat.

Tratamentul este în primul rînd local şi urmăreşte distrugerea parazitului în vagin. Concomitent se administrează un tratament per-oral, prin medicamente cu acţiune paraziticidă ca Metronidazolul, Flagylul etc. Pentru obţinerea unei vindecări definitive trebuiesc respectate următoarele condiţii: *asanarea focarelor la bolnavă, inclusiv focarele închistate; asanarea focarelor de la nivelul organelor genitale ale partenerului; restabilirea biochimismului secreţiei vaginale.*

Se utilizează spălături vaginale cu: clorură de sodiu 25%, sublimat 1/1000, oxicianură de mercur 1/4000, acid lactic, mercasept, vagosept etc., care ridică aciditatea vaginului şi distrug parazitul. Pentru distrugerea parazitului se administrează, de asemenea, cu efecte deosebit de bune, *Metronidazolul,* în aplicaţii locale vaginale, seara la culcare cîte o tabletă a 500 mg, timp de 10 zile, şi concomitent, pe cale bucală, la ambii parteneri, de 2 ori pe zi cîte una tabletă a 250 mg, timp de 10 zile. După o pauză de aproximativ 2 săptămîni se repetă tratamentul. Se fac astfel de repetări de 2—3 ori, pînă la obţinerea vindecării definitive controlate prin frotiu. Mai amintim ca preparate cu acţiune paraziticidă şi nitrofuranul, furalonul, criogenina, fitoncidele, arsenul trivalent şi pentavalent etc. S-au mai utilizat cu rezultate bune Deveganul şi Atebrina. În timpul tratamentului este contraindicată activitatea sexuală.

Vaginita micotică. Poate fi cauzată de mai multe tipuri de micete dintre care, mai frecvent, se întîlneşte *Candida albicans.* Simptomatologia nu se deosebeşte de a celorlalte vaginite. Se remarcă, cu caracter specific, existenţa *eritemului mucoasei vaginale* cu prezenţa unor *depozite punctiforme* cu *caracter brînzos.*

Tratamentul constă din: spălături cu bicarbonat de sodiu (2 linguri la 1 litru de apă) sau ceai de muşeţel; badijonări cu glicerină boraxată, borat de sodiu, acid boric etc.; cu efecte bune sînt nitratul de argint în sol. de 2%; violetul de genţiană în sol. de 3%; acidul ricinoleic în sol. de 3% etc.; asocierea per oral şi intravaginal a stamicinei sau a altor antifungice asigură vindecarea. După o

Scanned with OKEN Scanner

spălătură vaginală se introduce un ovul cu stamicim (CIF) zilnic, și, per oral, 3×1 drageu, în afara menstruației. Cura se repetă după necesitate.

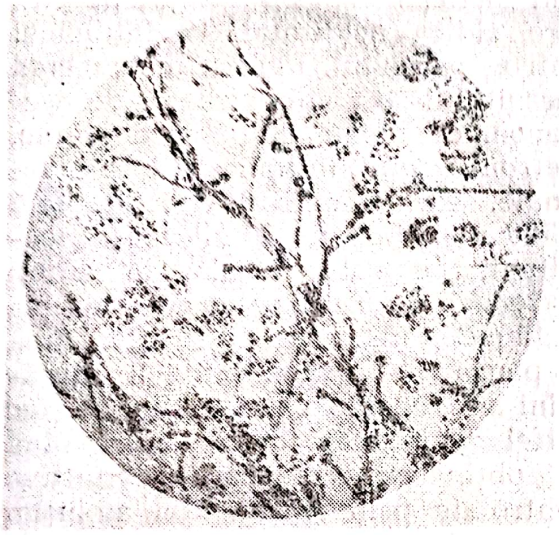


Fig. 61 — *Imagini microscopice cu candida sau Oidium albicans* (după Pschyrembel).

METRITELE

Cuprind totalitatea infecțiilor localizate la nivelul uterului. Deosebim următoarele forme: metrite ale *colului uterin*, cunoscute sub numele de cervicite și metrite ale *corpului uterin*.

Metritele colului uterin (cervicitele) sînt infecții localizate la nivelul exocolului și endocolului uterin.

Cervicitele sau metritele colului sînt inflamații provocate de agenți patogeni banali și specifici. Ele sînt, de cele mai multe ori, consecința avorturilor și nașterilor.

Endocervicitele sînt afecțiuni inflamatorii localizate la nivelul mucoasei endocervicale. Se manifestă prin congestia, infiltrația și îngroșarea mucoasei endocervicale, a cărei glande secretă din abundență o gleră muco-purulentă groasă. Orificiul extern al colului suferă consecutiv un proces de stenoză care împiedică evacuarea acestor secreții, drept urmare colul se va dilata și va lua aspect de butoiaș.

Exocervicitele sînt consecința macerării mucoasei exocervicale de către secrețiile vaginale și ale endocolului cît și a acțiunii unor agenți microbieni, chimici sau traumatici asupra colului. Deosebim, din punct de vedere clinic, *exocervicite acute* și *exocevicite cronice*.

Exocervicitele acute sînt caracterizate printr-un eritem periorificial produs de vascularizația și congestia intensă a mucoasei exocervicale.

Exocervicitele cronice sînt caracterizate printr-un proces infiltrativ al corionului, care este intens vascularizat, epiteliul subțiat sau absent, în care caz realizează *ulcerația* sau *eroziunea* colului. Microscopic, epiteliul plat, obișnuit al colului este înlocuit de un epiteliu cilindric, care proliferează dinspre endocol spre exocol. Aspectul microscopic demonstrează că este vorba de o pseudoeroziune a colului rezultată din înlocuirea epiteliului pavimentos multistratificat cu un epiteliu cilindric unistratificat.

• *Colposcopic* leziunea apare sub aspect de *boabe de struguri* fiind asemănătoare cu ectropionul mucoasei endocervicale, survenit după nașterile soldate cu ruptura colului uterin.

Eroziunea poate fi *simplă* cînd se înfățișează ca o suprafață roșie periorificială, luînd *aspect vegetant, papilar* sau *polipos*. O altă formă de eroziune este cea *foliculară* sau *glandulară*, caracterizată prin prezența unor mici chiste (ou Naboth) cu conținut mucos sau purulent. *Ouăle lui Naboth* sînt o consecință a proliferării epiteliului pavimentos, care are tendință de a înlocui epiteliul cilindric, și prin care acoperă lumenul glan-

Scanned with OKEN Scanner

dular, glanda rămînînd închisă. Uneori, la nivelul colului, se întîlneşte aspectul de *adenom chistic*, care este consecinţa dezvoltării glandelor cervicale în profunzime printr-un pro-

Cervicitele se pot *complica* prin propagarea la nivelul uterului *(metrite)*, la nivelul trompelor *(anexite)* şi apoi la peritoneu *(pelviperitonite)*. Complicaţiile sînt favorizate de fac-

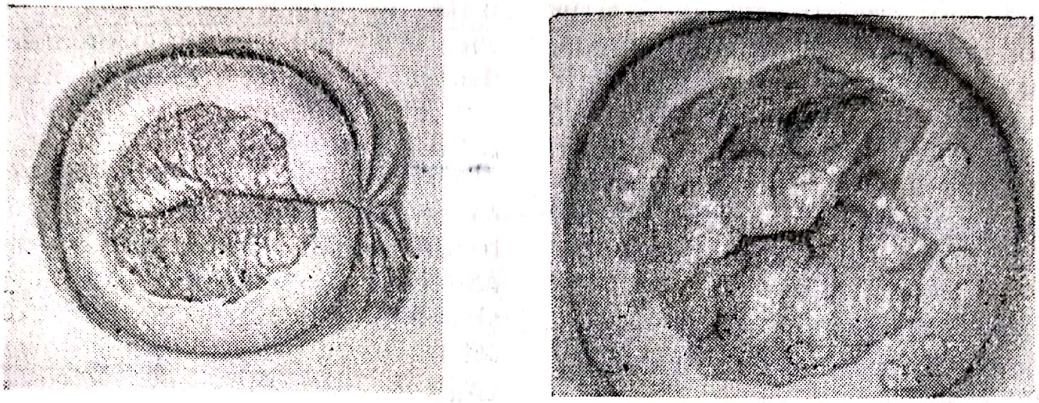


Fig. 62 — *Cervicita erozivă :* exocervicita (după Pschyrembel).

ces de regenerare sau în urma unei proliferări consecutive activităţii *hiperfoliculinice* de la nivelul ovarului, proces asemănător cu ceea ce se întîmplă în hiperplazia glandulochistică a endometrului.

În general *simptomatologia* cervicitelor este redusă şi se manifestă prin *leucoree vîscoasă muco-purulentă,* care este simptomul principal; *durerea* este atenuată şi iradiază spre lombe şi sacru. Adesea se însoţeşte de tulburări reflexe, dispeptice, hepatice, gastrointestinale etc.; la examenul cu valvele se constată prezenţa tipurilor de leziuni descrise mai sus în raport cu forma cervicitei; *examenul colposcopic* precizează forma anatomo-clinică; tactul vaginal deosebeşte cervicita de o leziune neoplazică, care este de *consistenţă dură, friabilă* şi *sîngerîndă*.

Evoluţia este caracterizată prin tendinţa marcată a cervicitelor la cronicizare, prin rezistenţa la tratament şi prin prezenţa unei iritaţii vulvo-vaginale cu aspect de vulvovaginită consecutivă secreţiilor abundente.

torii de mediu (frigul, umezeala), diferitele intervenţii, care scad rezistenţa organismului. În urma acestor complicaţii apare frecvent *sterilitatea.* Malignizarea cervicitelor este rară şi discutabilă. Există însă o legătură între cervicitele cronice rezistente la terapie şi apariţia procesului canceros.

Diagnosticul pozitiv se face prin evidenţierea semnelor descrise la simptomatologie.

Diagnosticul diferenţial trebuie făcut în primul rînd cu *cancerul de col uterin,* care, spre deosebire de eroziune, dă un aspect dur, friabil şi sîngerînd la cea mai mică atingere a colului (contact sexual, tuşeu vaginal, examen cu valve etc.). *Colposcopia* orientează pe clinician asupra zonei din care trebuie făcută biopsia.

Diagnosticul diferenţial se mai face cu *tuberculoza, sifilisul, actinomicoza* etc. *Ulceraţia tuberculoasă a colului* este atonă, marginile decolorate, puţin adîncă, fără indurate în profunzime şi cu evoluţie lentă. Biopsia precizează diagnosticul prin prezenţa

Scanned with OKEN Scanner

celulelor lui Langhans şi a celulelor epiteloide. *Leziunea sifilitică* poate fi întîlnită fie ca un şancru de inoculare, fie ca o ulceraţie gomoasă terţiară. Leziunea este *indurată, diferizată* şi *nesîngerîndă*, de o formă rotundă sau ovalară cu un contur net. În frotiul prelevat din aceste leziuni se evidenţiază *spirocheţii*. Reacţia BW din sînge este pozitivă în faza terţiară. *Actinomicoza colului* este rară şi apare ca o ulceraţie vegetantă purulentă. În secreţie se evidenţiază parazitul (Actinomices bovis).

Tratamentul trebuie să fie etiologic şi se diferenţiază în tratament *general* şi *local*.

Tratamentul general constă din administrarea de *sulfamide* şi *antibiotice* în raport cu rezultatele obţinute la antibiogramă.

Tratamentul local este mai eficace decît cel general şi constă din aplicaţii, direct pe col, de praf de sulfamidă, pastă sulfamidată sau infiltraţii endocervicale cu antibiotice. În *formele cronice* se indică *electrocauterizare* sau *diatermo-coagulare* (pe care o preferăm), mai ales mucoasa bolnavă este înlăturată împreună cu glandele infectate şi consecutiv se produce regenerarea unei mucoase sănătoase. Procesul de regenerare are loc în aproximativ 2—3 săptămîni de la cauterizare. Cicatrizarea completă se produce în aproximativ alte 3—6 săptămîni. Diatermo-coagularea trebuie practicată la rece (V.S.H., leucocite în limite normale), deoarece altfel pot apare complicaţii regretabile ca: metrite, anexite, pelviperitonite etc. Ca tehnică diatermocoagularea este optimă cînd plaga obţinută prezintă aspectul *„albuşului de ou fiert"*. În nici un caz nu se va insista ca intervenţia să ducă la aspectul brun (arsură). Evitarea complicaţiilor se face administrînd după diatermo-cauterizare antibiotice cu spectru larg în scop preventiv. Alte tratamente locale practicate în cervicitele cronice sînt: badijonarea colului cu soluţie de nitrat de argint 10—20%; aplicarea de soluţie de clorură de zinc 10—20% care are efect caustic şi duce la vindecare; se mai utilizează în unele servicii congelarea superficială a colului cu eter în jet.

Tratamentul chirurgical este indicat în cervicitele care complică rupturile de col uterin, în leziunile cicatriciale şi stenozele colului uterin şi constă în refacerea orificiului extern al colului, prin aşa-numita operaţie a lui Emmet. Se mai indică amputaţia de col uterin, în cazul unor leziuni erozive, hipertrofice.

Metritele corpului uterin sînt infecţii localizate la nivelul corpului uterin, de cele mai multe ori consecinţe ale *avorturilor infectate* şi ale *naşterilor laborioase*. În acest caz infecţia este localizată în principal la nivelul corpului uterin, fiind favorizată de resturile placentare şi ovulare.

În afara sarcinii, metritele pot fi favorizate de *fibroamele cu localizare submucoasă*, de *neoplasmul corpului uterin* şi de o serie de explorări şi intervenţii intrauterine, executate în condiţii infectante (biopsie de endometru, histerografie, histerosalpingografie, hidrotubaţie, insuflaţie tubară etc.).

Clinic deosebim: *metrite acute* şi *metrite cronice*.

Metrita acută. Procesul inflamator în acest caz este localizat îndeosebi la nivelul endometrului şi numai în mod secundar afectează miometrul, putînd fi propagat, în grosimea lui, pînă la nivelul seroasei, realizînd *metrita totală* cu *periparametrită*. *Macroscopic*, la tuşeu, uterul este mai mare, moale, păstos. Endometrul

Scanned with OKEN Scanner

este tumefiat și acoperit cu un depozit purulent sau pseudomembranos, putînd îmbrăca forma *putridă*, mai ales *după resturi placentare la naștere și avorturi*. Miometrul, în cazul în care este afectat, devine friabil, infiltrat, realizînd *metrita acută parenchimatoasă*. Aceasta poate să fie *purulentă* sau *gangrenoasă*, așa cum se întîmplă în infecțiile cu perfringens (metrita gangrenoasă-gazoasă). *Microscopic*, în cazul *metritelor puerperale acute* se constată un exudat fibrinos pe fața internă a uterului conținînd streptococi, anaerobi etc. Reacția leucocitară din endometrite face un baraj contra extinderii infecției (zona leucocitară a lui Bumm). *Metrita acută gonococică* prezintă o congestie intensă a endometrului, diapedeză leucocitară, exudat fibrino-purulent, în special este interesat corionul.

Metrita cronică este urmarea formelor acute, mai ales după cele puerperale. Uterul apare mărit de volum, retroflectat sau retroversat, prins în aderențe. Endometrul poate apărea sau congestiv infiltrat cu celule inflamatorii, cu corionul vascularizat intens realizînd *endometrita congestivă*, sau proliferativ hiperplazic cu formarea de polipi mucoși, realizînd *endometrita polipoasă* (polipi placentari după nașteri, după avorturi). Alte forme sînt *metritele cronice parenchimatoase*, cînd infecția prinde întreg peretele uterin; *metritele edematoase* (retroversate), *hipertrofice, scleroase* etc.

Simptomatologia diferă.

În *formele acute* sînt semne funcționale și generale: dureri în abdomenul inferior, leucoree purulentă, febră de intensitate variabilă. *Local:* uterul este mărit, moale, dureros la palpare și la mobilizare.

În *formele cronice*, semnele funcționale sînt mai puțin intense. Durerea poate persista sub formă de jenă pelviană cu iradieri în lombe. Uterul poate fi ușor mărit de volum, adesea retroversat, sensibil la presiune și mobilizare.

ANEXITELE

Sînt infecțiile localizate la nivelul trompei și ovarului. Anatomo-clinic se descriu *anexite microlezionale* și *macrolezionale*.

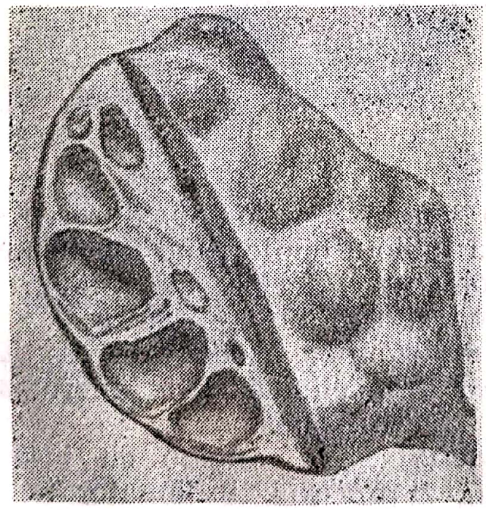


Fig. 63 — *Ovarul polichistic* (după Pschyrembel).

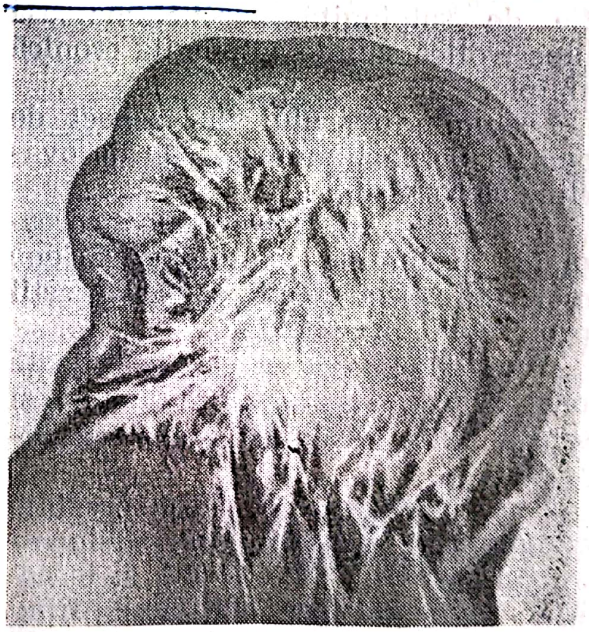


Fig. 64 — *Tumoră anexială de natură inflamatorie cu aderențe.*

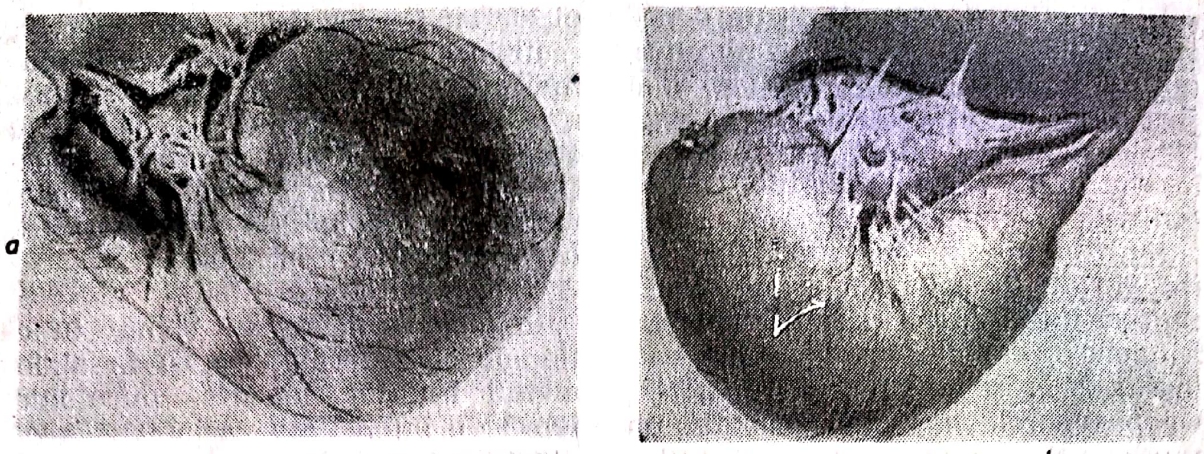


Fig. 65 — *Piosalpinx* (după Pschyrembel): *a* — piosalpinx drept, în tensiune; *b* — piosalpinx stîng, aderent; *c* — piosalpinx stîng: *1* — pseudomembrane secționate; *2* — emergența trompei; *3* — ovarul stîng.

Anexitele microlezionale pot fi acute sau cronice.

În *anexitele acute* trompa poate prezenta aspectul de salpingită catarală simplă sau supurată (piosalpinx). În formele supurate sînt prezente și leziunile perianexiale care dau aderențe peritoneale în cele mai multe cazuri.

Anexitele microlezionale cronice îmbracă aspectul, fie de salpingită atrofică, fie de salpingită nodulară, fie de salpingită parenchimatoasă hipertrofică sau de salpingită cronică simplă.

Leziunile ovarului iau aspect de ovarită parenchimatoasă sau de ovarită sclerochistică cronică.

Anexitele macrolezionale corespund leziunilor salpingo-ovariene mari de aspect chistic sau cu reacții pronunțate perianexiale.

Simptomatologia este caracterizată prin semne generale funcționale și semne fizice locale de intensitate diferită.

Semne generale: a) *febra* prezintă caractere variabile în funcție de aspectul cazului. Este ridicată în infecțiile grave cu colecții purulente, fiind reprezentată prin subfebrilități în formele atenuate;

b) *semne funcționale:* durerea domină tabloul clinic fiind localizată în abdomenul inferior, cu iradiere în lombe și membrele inferioare.

Semnele fizice locale diferă după cum forma clinică este microlezională sau macrolezională.

Evoluție. În cazurile cu infecție masivă, procesul inflamator ia un caracter extensiv și poate cuprinde întreg peritoneul pelvian, dînd pel-

viperitonite. În unele cazuri anexitele evoluează spre constituirea unor pungi purulente persistente, cînd apare febra de supurație, însoțită de o stare generală ce se alterează progresiv. Cît privește vindecarea completă a infecției anexiale poate fi obținută printr-o antibioterapie masivă instituită la timp. De cele mai multe ori însă din faza acută procesul anexial evoluează spre cronicizare. Deși vindecarea clinică pare completă, persistă microleziuni salpingo-ovariene și perianexiale care se pot reactiva în condiții precare ale organismului.

Complicații. Se descriu torsiuni ale anexei cu hidrosalpinx, rupturi spontane ale pungii chistice, care se pot deschide în cavitatea peritoneală sau în organele vecine, realizînd un tablou de abdomen acut inflamator.

Diagnosticul anatomo-clinic se stabilește prin tușeu vaginal și simptomatologia clinică prezentă. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu colica biliară, colica renală, pielonefrita, apendicita acută, enterocolita, torsiunea de organe etc.

Diagnosticul etiologic este cu atît mai dificil cu cît bolnava este examinată într-un stadiu mai îndepărtat de momentul inițial al procesului anexial.

Tratamentul anexitelor acute constă în: repaus la pat, antibiotice conform antibiogramei, roborante, pungă cu gheață, calmante în faza dureroasă.

Tratamentul anexitelor cronice constă din: medicație antiinflamatorie nespecifică cu Omnadin sau Polidin, Butazolidină, Alindor, roborante (calciu, vitamina C), vaccinoterapie pentru reacutizarea procesului, antibiotice.

Tratamentul cel mai eficace îl constituie *balneo-fizioterapia* în stațiuni ca Sovata, Cojocna, Ocna Dejului, Ocna Sibiului, Vatra Dornei, Băile Felix, Techirghiol etc. și fizioterapie cu raze ultrascurte.

PELVIPERITONITELE

Prin pelviperitonite înțelegem inflamația peritoneului excavației pelviene. Au ca punct de plecare *infecțiile acute* sau *cronice ale anexelor, infecțiile uterului post-partum* sau *post-abortum,* diferitele *infecții vulvo-vaginale* (mai ales cele de origine gonococică) cît și *infecții plecate de la organele din vecinătate.* Din punct de vedere anatomo-clinic pot îmbrăca următoarele aspecte: *pelviperitonite seroase sau purulente, pelviperitonita plastică totală, perimetrite acute sau cronice* și *perimetro-anexite.*

Simptomatologia este reprezentată de starea febrilă, dureri violente în abdomenul inferior (pelvis), grețuri și vărsături, fenomene care progresează în raport cu forma anatomo-clinică. Tactul vaginal este extrem de dificil sau imposibil în faza acută a bolii. Cînd leziunile s-au constituit, prin tact vaginal se decelează un proces inflamator masiv care ocupă pelvisul și regiunea organelor genitale.

Evoluția este în funcție de precocitatea și intensitatea tratamentului. Un tratament energic duce la rezoluție completă de cele mai multe ori. Un tratament incomplet sau formele cu agenți virulenți duc la colecții purulente în Douglas, care determină o stare toxiinfecțioasă, ce poate duce la caşexie și moarte. Uneori colecția Douglas-ului poate fistuliza spontan în rect sau vagin, după care survine ameliorarea simptomatologiei.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe constatarea leziunilor caracteristice, localizate în pelvis.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu peritonita generalizată, de origine genitală, cu hematocelul pelvian infectat, cu apendicita acută perforată, cu pioovarul și piosalpinxul perforat în cavitatea abdominală etc.

Tratamentul constă în repaus la pat în formele acute și subacute pînă la răcirea procesului. În faza acută: medicația *chimioterapică* și *antibiotică* va fi aplicată masiv conform antibiogramei pentru a se împiedica crearea rezistenței germenilor. *Tratamentul general* este de o importanță deosebită și constă în reechilibrare hidrominerală, vitaminizare, substanțe energetice. Pentru *sedarea durerilor* este necesară administrarea de antispastice, sedative etc. *Punga cu gheață* pe abdomen este de folos real în formele cu evoluție spre generalizare. În formele cu colecții purulente mari, localizate în Douglas este indicată *colpotomia.* În formele ce evoluează spre peritonită generalizată se indică

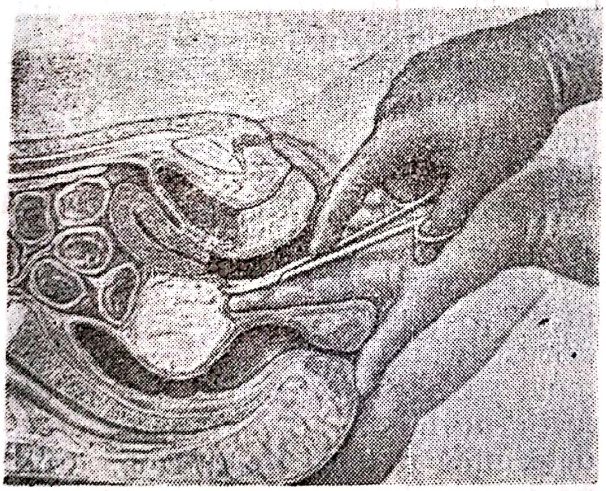


Fig. 66 — *Colpotomie* (după Marcel).

laparotomie și drenaj. În *formele cronice* se indică repausul la pat, chimioterapie cu medicamente antiinflamatorii nespecifice (Polidin, Alindor, Butazolidină), infiltrații cu antibiotice conform antibiogramei și cortizon.

În unele cazuri rebele la tratament, imunoterapia, sub formă de vaccin polimicrobian urmat de antibioterapie, dă rezultate bune. Dintre *procedeele locale* kinetoterapia ginecologică este indicată, cu rezultate bune, în sclerozele vechi și deviațiile uterine. Dintre *mijloacele fizioterapice* un loc important îl ocupă diatermia, undele scurte, razele infraroșii etc.

Balneoterapia constituie un mijloc foarte important în tratamentul inflamațiilor cronice stabilizate.

Tratamentul chirurgical este indicat în formele cu aderențe multiple, cu aspect macrolezional, cînd recidivele sînt numeroase și întreaga gamă a tratamentelor medicale a fost epuizată fără rezultat (după cca 3 ani de tratament corect efectuat).

CELULITELE PELVIENE

Sub numele de celulite pelviene sînt cuprinse inflamațiile țesutului celular pelvisubperitoneal. Forma acută a celulitelor pelviene este cunoscută sub denumirea de *flegmon pelvian,* iar formele cronice sînt denumite *celulite pelviene cronice.* Ele sînt de obicei, consecința infecțiilor puerperale, a leziunilor ulceroase a colului uterin, a traumatismelor septice ale uterului în cursul manoperelor abortive, cît și consecința unor traumatisme infectante de la nivelul vaginului și perineului (rupturi vaginale infectate). Din punct de vedere anatomo-clinic ele pot îmbrăca următoarele forme:

— *flegmonul ligamentului larg,* care se dezvoltă între aripioarele ligamentului larg,

— *flegmonul difuz* al ligamentului larg,

— *flegmonul tecii hipogastrice.*

Scanned with OKEN Scanner

Aceste trei forme sînt aspecte ale celulitelor pelviene acute. În celulitele cronice, leziunile pot fi localizate în diferite loji ale etajului inferior și ale parametrului, motiv pentru care ele sînt cunoscute, după lo-

În parametrita *cronică* întîlnim durerea continuă sau intermitentă, dispareunie, tulburări urinare, subfebrilități, stare de prostație etc. La tactul vaginal, fundurile de sac vaginale sînt lipsite de suplețe, vaginul

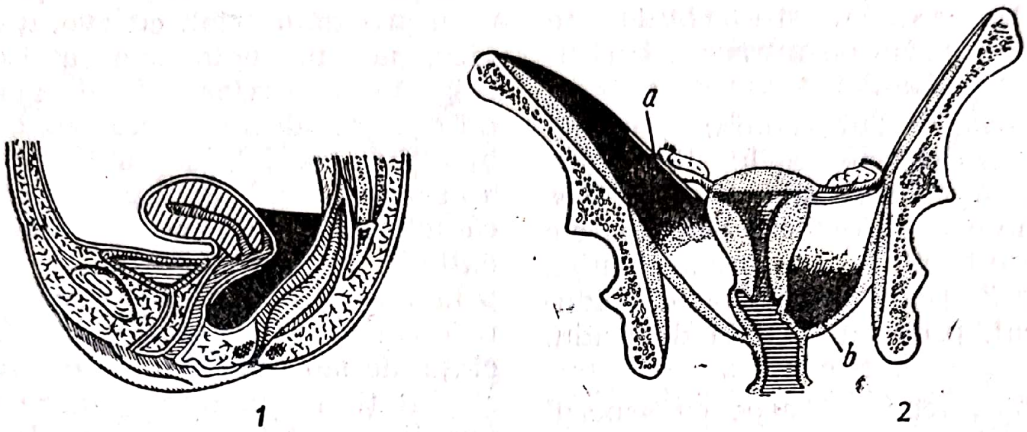


Fig. 67 — *Celulitele pelviene* (după D. Săvulescu)
1 — în spațiul utero-vagino-rectal; *2* — în spațiile [para- metrale: *a* — parametrul superior, *b* — baza parametrului.

calizare, sub numele de: parametrită laterală, cînd este afectat parametrul lateral, parametrită anterioară, cînd este afectat parametrul anterior, parametrită posterioară, cînd este afectat parametrul posterior (douglasită, descrisă de Condamin, cînd este afectat Douglasul) etc.

Simptomatologia. În celulita pelviană *acută* simptomatologia principală este reprezentată de febră ridicată, dureri vii cu caracter profund, frisoane, puls frecvent.

La examenul ginecologic se constată afectarea parametrelor în una din formele descrise mai sus.

este scurtat, ligamentele uterosacrate dure, contractate, dureroase, parametrele scurtate. Uneori în parametre se găsește o induratie pronunțată („de beton").

Ca *evoluție* celulita acută poate evolua spre o stare septicemică gravă, dacă nu se intervine printr-un tratament antibiotic masiv și la timp.

Tratamentul este acela al proceselor inflamatorii acute, în formele acute, iar în formele cronice, acela al inflamațiilor cronice, așa cum au fost indicate în cadrul pelviperitonitei.

INFECȚIILE SPECIFICE

Dintre infecțiile specifice ale sferei genitale cele mai frecvent întîlnite sînt *tuberculoza genitală, infecția luetică și actinomicoza.*

TUBERCULOZA GENITALĂ

Tuberculoza a fost descrisă prima dată de către Morgani în 1779, iar

la organele genitale de către V. Babeș.

Tuberculoza genitală este de obicei secundară unor leziuni de la nivelul altor organe. Ea poate fi însă și primitivă, atunci cînd bacilul Koch se localizează de la început la nivelul organelor genitale, care alcătuiesc în acest caz poarta de intrare a bacilului în organism.

Etiologie. Tuberculoza genitală este provocată de bacilul Koch numit și *Mycobacterium tuberculosis.* Se cunosc mai frecvent următoarele specii de bacili Koch: *umană, bovină* și *aviară.* Bacilul Koch este acido-rezistent, proprietate dată de acidul micolic din structura lui.

Primo-infecția începe cu șancrul de inoculare, limfangita consecutivă și leziunea primară care, împreună, alcătuiesc complexul primar tuberculos. De la acesta se produce diseminarea pe cale hematogenă, limfatică sau prin contiguitate. După concepția lui Ranke, tuberculoza evoluează în 3 stadii: primar, secundar și terțiar. În tuberculoză există o alergie și o imunitate care fac posibilă depistarea infecției prin diferite reacții și pun baza vaccinoterapiei antituberculoase ca metodă profilactică.

Frecvența tuberculozei genitale este apreciată la 1% din totalul femeilor și la 5—15% din totalul metroanexitelor întîlnite la femei. În cercetările efectuate asupra organelor genitale la femeile decedate de tuberculoză pulmonară se constată prezența leziunilor specifice tuberculoase într-un procent de 25—30%. Studiul pieselor operatorii anexiale relevă prezența tuberculozei în 3% din cazuri, după Martin, în 10%, după Schröder, în 10,4%, după Daniel, și în 22,2%, după Homlech. Din punct de vedere anatomopatologic se întîlnesc două forme și anume: *forma exudativă* și *forma proliferativă.*

Simptomatologia se manifestă prin fenomenele de impregnație bacilară: oboseală permanentă, scădere în greutate, subfebrilități prelungite, transpirații, inapetență și prezența unui proces anexial, cu evoluție cronică, sau prezența unei ascite. Cît privește afectarea sferei genitale, infecția prinde în primul rînd trompele și în special porțiunea ampulară a acestora, dînd un aspect radiologic caracteristic. De aci, procesul se extinde la restul tractului genital, prin diseminare hematogenă, limfatică sau pe cale canaliculară. Consecința acestor leziuni este prezența sterilității la un număr mare dintre femeile afectate de tuberculoză genitală.

Clinica tuberculozei. În raport cu localizarea, deosebim două grupe mari de tuberculoză genitală: *tuberculoza organelor genitale externe* (vulvă, vagin, col) și *tuberculoza organelor genitale interne,* metroanexială.

Tuberculoza organelor genitale externe: Tuberculoza vulvară este întîlnită, de obicei, asociată într-un procent de 2% cu celelalte forme de tuberculoză genitală. Anatomo-clinic întîlnim următoarele forme: lupusul vulgar al vulvei, scrofulo-dermia vulvei, ulcerul vulvar cronic TBC, TBC-ul glandei lui Bartholin etc.

Tuberculoza vaginală poate fi primitivă sau secundară, prin inoculare de la nivelul trompelor, uterului sau colului. De obicei este asociată într-un procent de 1—10% cu celelalte forme de tuberculoză. Se manifestă anatomo-clinic ca tuberculoza vaginală miliară, tuberculoza vaginală ulceroasă.

Tuberculoza colului uterin, se întîlnește ca formă solitară extrem de rar, de obicei este asociată într-un

Scanned with OKEN Scanner

procent de 1—2% cu tuberculoza utero-anexială și vaginală. Aspecte anatomo-clinice: tbc miliar al colului uterin, tbc ulceroasă a colului.

Tuberculoza organelor genitale interne: cuprinde toate formele de tuberculoză localizate la nivelul organelor genitale interne, care nu sînt

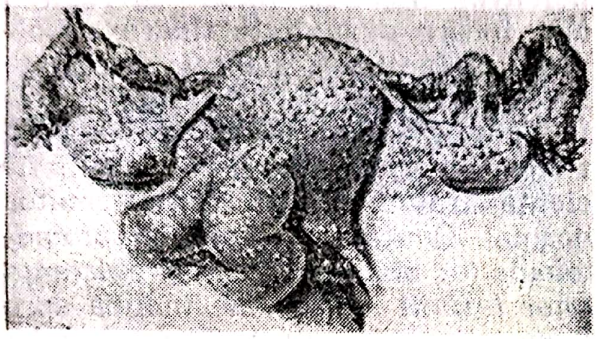


Fig. 68 — *Tuberculoza organelor genitale interne:* asociere cu tuberculoza difuză a peritoneului (după Pschyrembel).

vizibile decît numai prin laparoscopie. Se întîlnesc următoarele forme anatomo-clinice:

Forma microlezională a metroanexitelor tbc: a) *Forma incipientă evolutivă microlezională a metroanexitelor bacilare,* se întîlnește la fetițe și fete tinere. Apare ca o manifestare insidioasă, cu tulburări gastrointestinale, grețuri, inapetență, diaree și ușoară jenă în pelvis. La examenul local se depistează doar o hipoplazie genitală, greu de apreciat, avînd în vedere vîrsta subiecților, în general, sub 20 de ani. De obicei, diagnosticul se confundă cu acela al unei apendicite, avînd în vedere simptomatologia gastrointestinală prezentă.

b) *Metroanexita microlezională cu ascită* se întîlnește la fetele tinere și are ca simptom principal prezența ascitei. Lichidul puncționat dă o reacție Rivalta pozitivă și în sedimentul obținut prin centrifugare se poate pune în evidență bacilul Koch. Această formă evoluează fie spre vindecare spontană, fie spre o pelviperitonită fibrocazeoasă macrolezională.

c) *Metroanexita microlezională cronică.* Sînt înglobate aici formele clinice la care s-au depistat leziuni tuberculoase, deși clinic nu s-a bănuit existența tuberculozei. Morfologic, în aceste cazuri, la laparotomie, se găsesc leziuni anexiale minime. Aceste forme rămîn multă vreme într-un stadiu latent, iar, la un moment dat, se declanșează un puseu evolutiv cu care ocazie tuberculoza devine manifestă din punct de vedere clinic.

Forme anexiale macrolezionale neglijate. Forma macrolezională a tuberculozei genitale este cea mai frecvent întîlnită și se manifestă sub cele mai grave forme de evoluție clinică. Deosebim:

a) *Hidrosalpingele tuberculos.* Clinic este o formă de tuberculoză genitală atenuată. Starea generală este bună, iar la puncție se extrage un lichid clar serocitrin, cu reacția Rivalta pozitivă.

b) *Abcesul rece tubar sau ovarian.* Trompa sau ovarul se prezintă ca o pungă tumorală cu puroi cremos, cu pereții netezi, cu sau fără aderențe cînd organul poate fi mobilizat în cavitatea abdominală. Beneficiază de un tratament chirurgical radical.

c) *Metroanexita fibroseroasă* evoluează, de cele mai multe ori liniștit și diagnosticul poate fi precizat cu ocazia unei laparotomii sau celioscopii, cînd este prezent un lichid serofibrinos, prins în ochiurile multiplelor aderențe, prezente în micul bazin.

d) *Metroanexita fibrocazeoasă* reprezintă evoluția cea mai gravă dintre localizările tuberculozei genitale. Leziunile afectează trompele în 5—10% din cazuri și reprezintă o localizare bilaterală în 95—100% din cazurile de tuberculoză tubară. Endometrul este afectat în 70—80%

din cazuri. Localizarea ovariană se întîlneşte într-o proporţie de 10—20%. Tabloul clinic este polimorf şi simptomatologia se confundă cu cea întîlnită în salpingitele nespecifice. Cît priveşte evoluţia nu se cunoaşte o remisiune spontană. În stabilirea diagnosticului trebuie să ne ghidăm în principal, după antecedente (existenţa unor focare concomitente bacilare în altă parte a organismului, prezenţa sterilităţii, lipsa unui trecut genital şi vîrsta tînără a pacientelor).

e) *Metroanexita cu ascită* este o formă macrolezională dominată de sindromul ascitic; de obicei reprezintă o formă neglijată de tuberculoză şi, în general, evoluează cu stare generală alterată.

Forme asociate. În cadrul acestei entităţi înglobăm asocierea tuberculozei cu o stare puerperală, cu fibromiomul uterin, cu cancerul uterin, sau cu o serie de infecţii banale, colibaciloza sau gonococia, care constituie un factor de agravare a evoluţiei clinice şi a prognosticului. În formele de asociere cu neoplasmul, conduita terapeutică este dictată de acesta din urmă.

Sechelele tuberculozei genitale vindecate clinic. Distingem: prezenţa unui *uter* şi *trompe hipoplazice,* consecinţă a unui proces bacilar apărut în preajma pubertăţii; existenţa *sechelelor aderenţiale pelviperitoneale,* care beneficiază în mod deosebit de o cură heliomarină; *tulburările neuro-endocrine* reprezentate de tulburările de ciclu menstrual, dismenoree, nevralgii pelviene şi o serie de alte tulburări neurovasculare cu caracter reflex; *sinechia uterină* care reprezintă expresia vindecării unor leziuni endometriale pronunţate. Se manifestă prin amenoree, sterilitate şi concrescenţa pereţilor cavităţii uterine.

Diagnosticul tuberculozei genitale este în general o problemă dificilă. Procentul de îmbolnăvire este de obicei mai mare, decît este depistat, întrucît se confundă cu metroanexitele nespecifice. În stabilirea diagnosticului clinic, *anamneza* este valoroasă. Existenţa în antecedentele bolnavei a unor pleuro-peritonite, alte focare tbc, vîrsta tînără a bolnavei, infantilism genital, sterilitate îndelungată, nodozităţi tubare, subfebrilităţi, discordanţa între V.S.H. ridicat şi leucocite normale, ineficienţa tratamentului antiinflamator normal. *Contrastul dintre simptomatologie* (de obicei minoră) şi *existenţa unor leziuni masive,* ne înclină spre diagnosticul de tuberculoză genitală.

Dintre *probele de laborator* sînt utilizate cu folos reacţia de fixare a complementului cu antigen Witebsky, Kun, Beseredka etc.; reacţia de floculare Meinike—Vernes; reacţia de precipitare Lehman — Facius şi Löschecker; cutireacţia la tuberculină, determinarea V.S.H.-ului, a leucogramei, a anemiei relative, proba leucolizei, formula lui Arnet etc. dar nici una nu are o valoare concludentă în fixarea diagnosticului de certitudine.

Examenul radiologic este foarte frecvent întrebuinţat în ginecologie, mai ales sub aspectul histerosalpingografiei. În anul 1945 Magnusson descrie tabloul radiologic al tuberculozei salpingiene, aşa cum poate fi observat la histerosalpingografie. Se recomandă întrebuinţarea unei substanţe de contrast hidrosolubile în locul celei uleioase. Histerosalpingografia se indică a fi executată aproximativ la mijlocul ciclului (aproximativ în ziua a 14-a). Prin metoda radiologică (histerosalpingografie), în cazul unei tuberculoze uterine, se constată neregularităţi de contur ale cavităţii uterine, cu aspect de dante-

Scanned with OKEN Scanner

lă, traiecte fistuloase, ce pătrund în miometru, defecte de umplere a cavității sau sinechie uterină, în formele avansate. La nivelul trompelor afectate de tuberculoză, modificările iau aspectul unor imagini moniliforme, trompa de aspect rigid, mai ales la nivelul istmului, imagine de retortă sau ciorchine de coacăze.

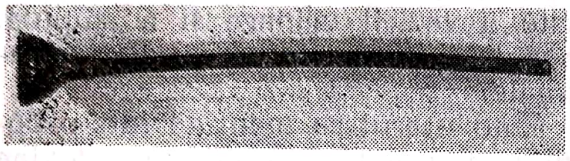


Fig. 69 — *Recipient pentru recoltarea sîngelui menstrual* (colecția Clinicii).

Aceste imagini sînt socotite caracteristice pentru tuberculoza utero-salpingiană.

Examenul bacteriologic: punerea în evidență a bacilului prin examinări directe, însămînțări, inoculări de sînge menstrual la cobai sau culturi pe lamă, *este unul dintre mijloacele de necontestat în stabilirea diagnosticului.*

Examenul histopatologic al biopsiei de endometru și a diferitelor părți de organe, recoltate prin laparoscopie, constituie a doua metodă de bază și de necontestat în stabilirea diagnosticului de tuberculoză, atunci cînd se găsesc leziuni anatomo-patologice specifice tuberculozei (tuberculom format din celule gigante de tip Langhans și celule epiteloide).

Tratamentul tuberculozei genitale poate fi schematizat în următoarele: *cură de repaus, cură de aer liber,* climat marin; *cură de alimentație,* în jur de 3500—4000 de calorii pe 24 de ore; *antibiotice și chimioterapie specifică.* Antibioticele se administrează singure sau asociate: streptomicină + PAS în soluție, timp îndelungat, 50—60 zile. PAS-ul se dă 12—15 g/24 ore, per oral sau în perfuzii 12 g la 500 ml ser fiziologic. Tebezonul, în doze de 0,250—0,500 g/24 de ore, repartizate la 2 mg/kg corp, H.I.N. (Hidrazidă) 5—10 mg/kg corp, în total 200—300 mg/24 de ore, timp de 3—4 luni consecutiv etc.;

Röntgenterapia, în doze antiinflamatorii, dă rezultate slabe; *helioterapia marină* (Sanatoriul Agigea) dă rezultate bune. *Razele ultraviolete* dau rezultate slabe. *Tratamentul chirurgical radical* se aplică în formele macrolezionale solitare. Deoarece rezultatele sînt nefavorabile azi s-a abandonat. În peritonita tbc se practică cu succes laparotomia exploratoare, urmată de evacuarea lichidului, aplicare de raze ultraviolete intraperitoneal și prelevare de material pentru biopsie în vederea precizării diagnosticului. Abcesul rece tubar și ovarian beneficiază de un tratament chirurgical cu rezultate bune.

• *Tratamentul cu roborante,* calciu, vitamine, preparate antianemice, eupeptice, constituie un mijloc adjuvant util în tratamentul tuberculozei.

Scanned with OKEN Scanner

MODIFICĂRILE DE STATICĂ ALE ORGANELOR GENITALE

În stare normală, uterul susținut de planșeul pelvian, se află în centrul micului bazin, menținut de ligamentele utero-sacrate, ligamentele largi și ligamentele rotunde. Aceste mijloace constituie elementele de suspensie și de susținere ale uterului, care, în stare normală, este înclinat înainte. Această poziție variază cu starea de distensie sau de vacuitate a vezicii urinare și a ampulei rectale și cu presiunea anselor intestinale.

Cînd uterul se menține într-o poziție anormală, stabilitatea devine patologică și poate fi de 3 feluri: *deviații, deplasări* și *inversiunea uterină.*

DEVIAȚIILE UTERINE.

Uterul basculează în jurul unui ax orizontal trecînd prin istm. Dacă, în mișcările de basculă, forma uterului este păstrată, fără plicatură la nivelul istmului, colul se deplasează în sens invers corpului și deviația se numește *versiune.* Unghiul de versiune este format de axul uterului cu cel al vaginului. După cum corpul uterin este dirijat înainte, înapoi sau lateral, avem o *anteversie, retroversie* sau *lateroversie.* Cînd corpul uterin singur basculează în urma unei cuduri la nivelul istmului, colul rămînînd în axul său normal, deviația ia numele de *flexiune.* Unghiul de flexiune este format de axul corpului uterin cu cel al colului. După cum acest unghi privește înainte, înapoi sau lateral, avem o *anteflexie, retroflexie* sau *lateroflexie.*

Deviațiile uterine se împart în două mari grupe după cum ele sînt congenitale sau cîștigate. Primele relevă un viciu de dezvoltare și sînt malformații veritabile, pe cînd celelalte sînt aproape totdeauna rezultatul unei *infecții metritice* sau *anexiale.*

a) *Deviațiile congenitale ale uterului.* Aproape totalitatea deviațiilor

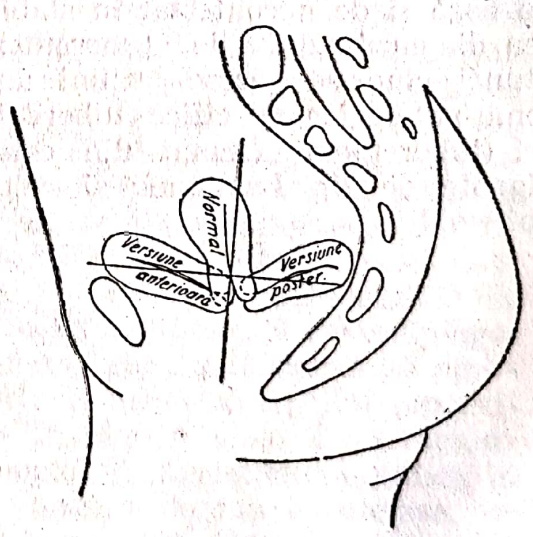


Fig. 70 — *Diferite unghiuri de versiune ale uterului* (după Taylor).

congenitale este constituită de flexiuni, mai ales anteflexiuni. Oricare ar fi varietatea, retroflexia sau anteflexia, deviațiile congenitale au toate aceeași simptomatologie și sînt exmîne infantil, corpul incomplet dezvoltat, colul lung și conic.

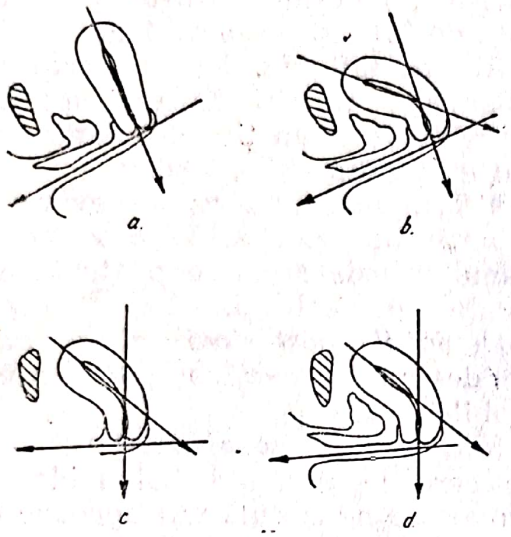


Fig. 71 — *Unghiurile de flexiune ale uterului* (după Pschyrembel)

puse la aceleași complicații. Simptomatologia este dominată de stenoză, care apare la nivelul cudurii, asociată, adesea, cu o distrofie ovariană.

Etiologie și patogenie. Deviațiile congenitale se observă la fete și femei tinere, înainte de sarcină. Cauza lor rezidă într-un viciu de dezvoltare. În copilărie, mai ales la pubertate, cînd corpul uterin se dezvoltă, dacă creșterea celor doi pereți se face inegal, se produce o cudură. Peretele posterior se dezvoltă mai mult ca cel anterior, fundul uterului se deplasează înainte și se produce o anteflexie. Este cazul obișnuit. Inegalitatea inversă ajunge la retroflexie. La nivelul cudurii există o stenoză care este exagerată în timpul menstrelor din cauza congestiei mucoasei.

Adesea, viciul de dezvoltare produce mai mult decît o simplă deviație; el interesează uterul în întregime și, de asemenea ovarele, uterul ră-

Simptomatologie. Anteflexia și retroflexia congenitală se manifestă aproape întotdeauna prin *dismenoree.* Trebuie să ne gîndim la o deviație uterină la fetele tinere, care la fiecare menstruație prezintă dureri violente în abdomenul inferior. Dismenorea este de tip uterin, provocată de cudura uterină și exagerată de congestia mucoasei. Cu eliminarea sîngelui menstrual, dismenoreea dispare. Dar, adeseori, în patogenia acestor dureri, intervin și alterații de distrofie ovariană.

Diagnosticul se face destul de ușor printr-un tușeu vaginal combinat cu palpeu abdominal. Originea congenitală este ușor de stabilit la o femeie tînără cu dismenoree și lipsa sarcinii.

Prognostic. Deviațiile congenitale sînt adesea fără mare importanță. Cu vîrsta, căsătoria, sarcina (dacă ea survine), dezvoltarea uterină se completează și cudura se corijează. Dismenoreea se atenuează și dacă sterilitatea persistă dilatarea colului o ameliorează. Ceea ce întunecă prognosticul deviației congenitale este coexistența cu ovare incomplet dezvoltate sau distrofice, care întrețin sterilitatea, dismenoreea și tulburările nervoase.

Tratamentul este *medical* și constă în administrarea de tonice generale, hormono-terapie adecvată, cultură fizică și sport, hidroterapie, masaj, dilatarea colului etc.

d) *Deviațiile cîștigate ale uterului* sînt mai frecvente. Oricare ar fi varietatea, au o etiologie și o patogenie comună și chiar dacă simptomele fizice sînt diferite, în raport cu deviația respectivă, *simptomele funcționale principale* și *complicațiile sînt adesea asemănătoare.*

Etiologie și patogenie. În marea majoritate a cazurilor, deviațiile cîș-

Scanned with OKEN Scanner

tigate sînt consecutive naşterilor sau avorturilor, urmate de infecţii uterine. Uneori infecţia nu depăşeşte limitele ţesutului uterin şi uterul este deviat, dar rămîne mobil. Din contră atunci cînd infecţia interesează anexele, peritoneul sau ţesutul celular periuterin, deviaţia devine fixată, aderentă în mod ireductibil. Aceste complicaţii se pot observa în anteflexii, dar ele sînt mult mai frecvente în retroflexie.

Simptome. Se ştie că tulburările funcţionale, care se atribuiau deviaţiilor uterine, sînt datorate mai ales inflamaţiilor uterine şi anexiale concomitente. Uneori durerea şi tulburările funcţionale sînt foarte vii şi examenul cel mai minuţios, după deschiderea cavităţii abdominale, nu descoperă nici o leziune apreciabilă. S-ar putea ca deviaţia să producă în uter şi ovar modificări circulatorii şi nutritive, cauze ale unor tulburări reflexe variate. Tulburările cu patogenie obscură aparţin mai ales retroflexiilor uterine.

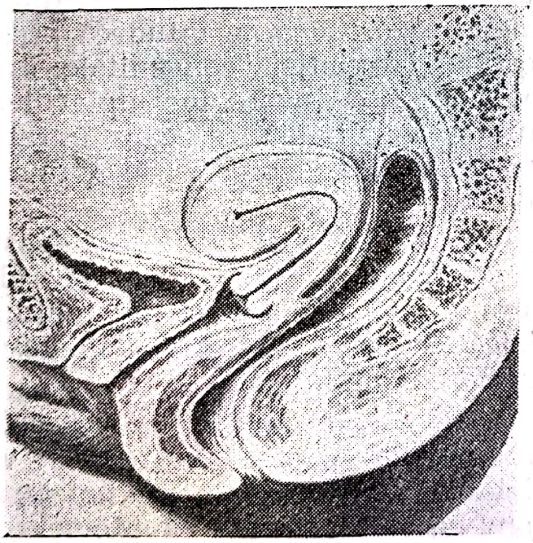


Fig. 72 — *Hiperanteflexia uterină* (după Hofmeister şi Schröder)

Deviaţiile anterioare ale uterului. Hiperanteversia. Este cea mai rară şi apare în urma unei infecţii postpartum sau post-abortum, cînd o parametrită posterioară retractează ligamentele utero-sacrate şi trage colul înapoi, iar corpul uterin basculează înainte. Simptomele funcţionale se reduc la tulburări urinare (dureri vezicale, tenesme, disurie, polachiurie), de intensitate variabilă.

Hiperanteflexia. Corpul uterin este culcat pe fundul de sac anterior. Tulburările funcţionale apar din partea rectului şi a vezicii.

• *Tratamentul* acestor deviaţii va fi antiinflamator. Cînd procesul inflamator este stins se poate încerca o dilatare a colului.

Deviaţiile posterioare ale uterului. Se descriu retrodeviaţii aderente şi mobile.

Retrodeviaţii aderente. Tulburările pe care le prezintă bolnavele sînt provocate mai mult sau aproape exclusiv de inflamaţii anexiale concomitente.

Retrodeviaţii mobile. Ele au o individualitate proprie, căci tulburările variate cale le însoţesc sînt legate de prezenţa acestor deviaţii. Se semnalează dureri lombare, sacrate, pelviene, oboseală rapidă la mers şi stat în picioare, constipaţie, dureri abdominale agravate la mers. Adesea menstrele sînt dureroase şi cu durată prelungită.

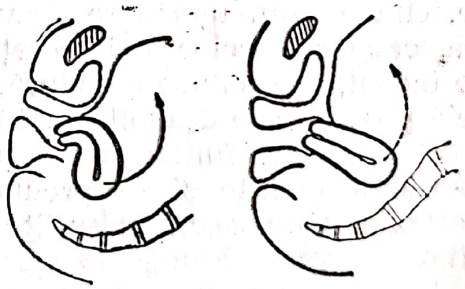


Fig. 73 — *Unghiurile de retroflexiune ale uterului* (după Pschyrembel)

Tratamentul este profilactic şi curativ:

Tratamentul profilactic. Se vor evita infecţiile aparatului genital, iar

la naştere rupturile perineale şi infecţiile post-partum.

Tratamentul curativ. Toate retrodeviaţiile pot beneficia de tratament medical, însă nu toate impun un tratament chirurgical. Tratamentul *medical* vizează stingerea procesului inflamator asociat. În formele acute şi subacute se recomandă repaus la pat, pungă cu gheaţă, antibiotice, vitamine, tonice generale, iar la nevoie calmante, antispasmodice, antitermice. În formele cronice fizio- şi balneoterapie, cultura fizică medicală, masajul ginecologic sînt indicaţii cu efect pozitiv.

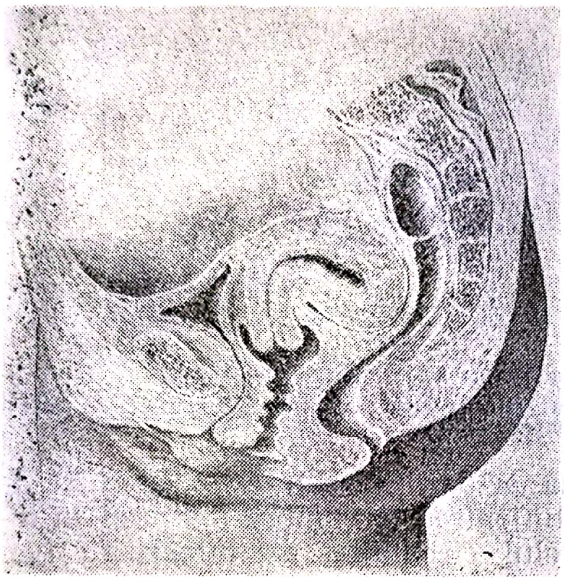


Fig. 74 — *Retroversoflexia uterină* (după Hofmeister şi Schröder)

Tratamentul *chirurgical* trebuie să asigure integritatea funcţională a aparatului genital şi constă în readucerea uterului în poziţia sa normală prin procedee de ligamentopexie indirectă sau histeropexie directă. *Ligamentopexia indirectă* urmăreşte scurtarea ligamentelor rotunde. Astfel:

— scurtarea extraperitoneală a ligamentelor rotunde — operaţia Alquié — Alexander (nu se mai practică);

— scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde prin diferite procedee:

a) procedeul *Doleris—Bărdescu* constă în exteriorizarea extraaponevrotică a ligamentelor rotunde la cîţiva cm de linia mediană, simetric şi fixarea lor sub formă de chingă.

b) procedeul *Baldy-Dartigues,* trecerea ligamentelor rotunde printr-o breşă a ligamentului larg şi suturarea lor împreună pe faţa posterioară a uterului.

c) procedeul *Polk* constînd în fixarea ligamentelor rotunde înaintea uterului (pe faţa lui anterioară).

Histeropexia directă. Procedeul cel mai folosit este ventrofixaţia Terrier. Este o histeropexie care fixează faţa anterioară a uterului de peretele abdominal. Sarcina este contraindicată în acest caz.

Deviaţiile laterale ale uterului. Lateroversiunile sau lateroflexiile sînt întotdeauna cîştigate prin procese inflamatorii, urmate de aderenţe peritoneale şi tratamentul se adresează acestor afecţiuni.

DEPLASĂRILE UTERULUI

Se înţelege schimbarea poziţiei uterului în totalitate, cu păstrarea formei acestui organ. Astfel, deplasarea înainte (antepoziţie), deplasarea înapoi (retropoziţie), deplasarea laterală (lateropoziţie). Mai există apoi

elevarea uterului sau coborîrea lui (prolapsul).

Printre deplasările uterului, luat în totalitate, una singură prezintă un interes chirurgical, anume *prolapsul*. Celelalte — antepoziția, retropoziția, lateropoziția, elevația — nu sînt decît termeni pentru a indica o *situație anormală a uterului* deplasat de o tumoră pelviană, de un proces inflamator etc.

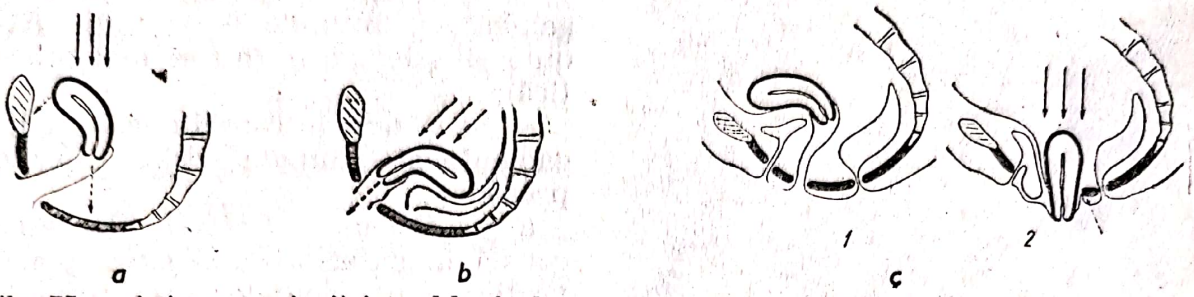


Fig. 75 — *Acțiunea presiunii intraabdominale asupra organelor genitale interne* (după Pschyrembel): *a* — în cazul unei anteversiflexii (normal); *b* — în cazul unei retroversoflexii (anormal); *c* — în negru, planșeul pelviperineal, normal (1) și în împrejurări patologice (2).

Prolapsul genital. Denumirea de prolaps uterin a fost înlocuită cu cel de prolaps genital, care este un termen mai comprehensiv.

Etiologie și patogenie. Prolapsul genital este o afecțiune destul de frecventă. Deși se poate întîlni și la femei tinere, prolapsul genital este o afecțiune a femeii adulte și a femeii în vîrstă. Nașterile repetate, o stare distrofică a țesuturilor sînt cauzele obișnuite.

Uterul este menținut în poziția sa de către un aparat de suspensie și fixare, format din ligamentele utero-sacrate, ligamentele rotunde, ligamentele largi și peritoneul, dar, mai ales, de un aparat de susținere format de planșeul vagino-perineal (subtentație).

Atîta timp cît chinga musculară, formată din mușchii perineului și ridicătorul anal, este intactă și oferă un sprijin solid vaginului, prolapsul nu se produce. Dar, cînd planșeul pelvin devine insuficient, vaginul și uterul, împinse de presiunea intraabdominală, se înfundă puțin cîte puțin, prolapsul se produce lent. Odată cu producerea prolapsului, se accentuează cudura celor două artere uterine, ceea ce duce la stînjenirea circulației mai ales la nivelul circulației de întoarcere (venoasă). Staza sanguină, la nivelul uterului, se poate manifesta printr-o metropatie hemoragică. În marea majoritate a cazurilor, prolapsul genital se produce datorită asociației a două cauze: *insuficiența mijloacelor de susținere și suspensie* (cauza principală) și *efortul* care i se adaugă.

Simptome fizice și clasificare. După cum uterul este mai mult sau mai puțin coborît, se pot distinge 3 grade în prolapsul genital:

— gradul I, cînd uterul coborît rămîne totuși deasupra vulvei,

— gradul II, cînd colul se prezintă între labiile mari,

— gradul III, cînd uterul atîrnă între coapse.

Prolaps genital de gradul I. Vulva este beantă. Peretele anterior al vaginului apare sub forma unei tumori rotunjite, moi, reductibile și a cărui volum crește în timpul efortului. Tumora este constituită mai ales de vezică, care, fiind unită de peretele vaginal anterior, este coborîtă cu el, făcînd hernie. Este un

colpocistocel (cistocel). Colul uterin este apropiat de orificiul vulvar.

Uneori și peretele posterior al vaginului herniază ca și cel anterior. Prin vulvă, apar două tumori, ase-

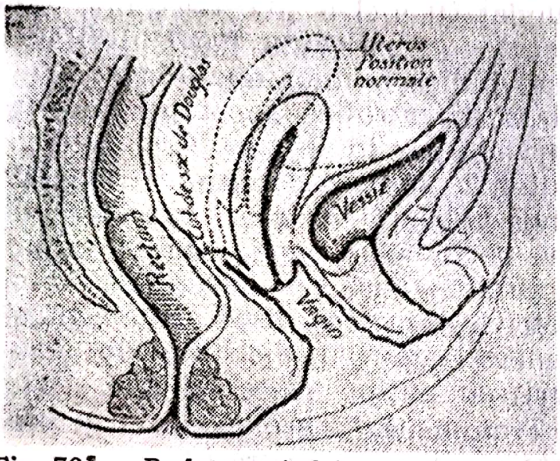


Fig. 76 — *Prolaps genital de gradul I* (punctat: uterul în poziția normală) (după Marcel și Fabre).

mănătoare, separate de un șanț transversal. Peretele anterior al rectului urmează peretele vaginal posterior în căderea sa, constituindu-se un *colporectocel* (rectocel).

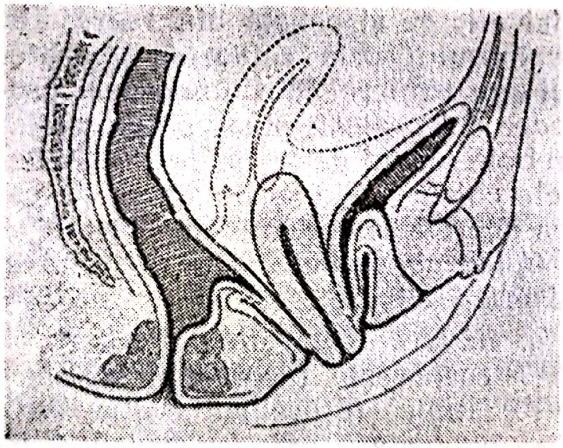


Fig. 77 — *Prolapsul genital de gradul II* (punctat: uterul în poziție normală) (după Marcel și Fabre).

Prolaps genital de gradul II. În căderea lor, peretele anterior și posterior al vaginului antrenează uterul din ce în ce mai mult și colul va apare la vulvă: între labiile mari. Se pot vedea acum trei tumori: *cistocelul, rectocelul* și, între ele, *colul uterin.* Expus la traume repetate, adeseori se *ulcerează.* Dar modificarea cea mai însemnată pe care o prezintă colul este *alungirea sa hipertrofică.* Alungirea este secundară, colul fiind reținut în sus de ligamentele suspensoare și mai ales de ligamentele utero-sacrate, este tras în jos de tracțiunea pereților vaginali prolabați. Colul se lungește și determină tulburări circulatorii, congestive, cronice și expunere la infecție. Lungimea totală poate atinge 12—20 cm. Colul devine mai lung decît corpul uterin.

Prolaps genital de gradul III. Cînd pereții vaginali sînt complet inversați și uterul atîrnă între coapse ca o limbă de clopot (prolapsul este complet). La polul inferior se găsește orificiul colului, în general mărit și ulcerat. Mucoasa vaginală inversată, care acoperă tumora, păstrează pliurile sale transversale, apoi se modifică, devine uscată, rugoasă și prezintă adesea ulcerații.

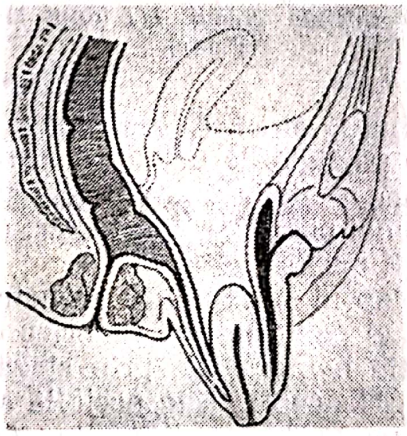


Fig. 78 — *Prolapsul genital de gradul III* (punctat: uterul în poziție normală) (după Marcel și Fabre).

Fundurile de sac peritoneale sînt și ele antrenate prin căderea uterului și dacă ansele intestinale coboară, prolapsul se complică cu o hernie

Scanned with OKEN Scanner

particulară, *enterocel vaginal anterior* sau *posterior*. Este vorba de un *prolaps pelvin* cu predominanță genitală. Ajuns chiar la acest grad, prolapsul este aproape totdeauna reductibil.

Simptome. În general, prolapsul ia naștere în mod lent, insidios. De obicei apar și tulburări urinare, micțiuni frecvente, emisiuni involuntare

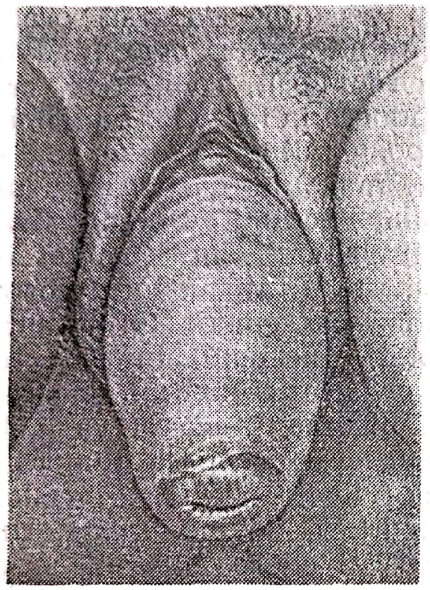


Fig. 79 — *Prolapsul pelvian cu predominanță genitală sau de gradul III* (după Marcel și Fabre).

de urină la efort. Adesea există o retenție parțială de urină, în urma deformării vezicii. Este posibilă și apariția unei cistite și, foarte rar, a unei infecții urinare ascendente.

Prolapsul nu tulbură menstruația, totuși el poate uneori favoriza o metropatie hemoragică, prin stază sanguină. Concepția este posibilă și sarcina poate să se dezvolte normal, chiar cu un prolaps complet. Uterul gravid urcă în abdomen și este menținut de volumul său. După naștere, prolapsul apare, în general, mai accentuat.

Evoluție, prognostic. Prolapsul, cu excepția celui acut, are o evoluție progresivă, lentă, el devine total în mai mulți ani. În general prolapsul nu pune viața în pericol, dar constituie o afecțiune jenantă, o adevărată infirmitate.

Prolapsul genital nu poate fi confundat cu nici o altă afecțiune. Este necesar a se căuta particularitățile care indică tehnica operatorie: alungirea hipertrofică a colului, metrita cervicală, o tumoră pelviană concomitentă, se vor determina punctele unde coboară vezica și fundurile de sac peritoneale, se va stabili reductibilitatea, dacă este curabil sau dimpotrivă dacă face parte dintr-o ptoză generalizată (cu distrofie de țesuturi) cu puține șanse de eficacitate.

Tratamentul prolapsului genital este profilactic și curativ.

Tratamentul profilactic. În timpul nașterii se va da o asistență corectă, evitînd rupturile și slăbirea aparatului de susținere. La tinere nulipare, cu teren neuro-distrofic trebuie aplicată o terapie adecvată: endocrină, tonică, cultură fizică, climato-balneară.

Tratamentul chirurgical este cel mai eficace și constă din redresarea prolapsului prin refacerea aparatului de susținere. Sînt numeroase procedee chirurgicale și selecționarea lor trebuie făcută de la caz la caz. Metodele chirurgicale se împart după calea abordării: abdominală, vaginală.

Calea abdominală este utilizată în histeropexiile directe și indirecte.

a. *Histeropexiile directe* pot fi:
— corporeale (procedeul Terrier),
— istmice (procedeul Delbet etc.),
— exohisteropexia (procedeul Cristea-Grigoriu, care fixează uterul între drepții abdominali și fascie). Toate aceste procedee au și o serie de neajunsuri.

b. *Histeropexiile indirecte* urmăresc redresarea și fixarea uterului prin ligamentele rotunde. Sînt proce-

Scanned with OKEN Scanner

dee chirurgicale folosite mai ales pentru corectarea retrodeviațiilor. Printre cele mai cunoscute se notează:

— *ligamentopexia parietală* (procedeul Doleris-Bărdescu). Aceasta predispune însă la incarcerarea unei anse intestinale, la apariția unui sindrom algic abdominal prelungit sau la tulburări urinare;

— *ligamentopexia retrouterină* (procedeul Baldy-Dartigue), care a fost criticată pentru frecvența recidivelor și jenă circulatorie;

— *histero-ligamentopexia Polk-Stanca*. E un procedeu simplu, care permite fixarea ligamentelor atît pe fața anterioară cît și pe cea posterioară a uterului, permițînd obținerea anteflexiei dorite.

Calea vaginală. Printre cele mai utilizate notăm:

— *colporafia anterioară și colpoperineorafia* urmăresc reducerea cistorectocelului cu refacerea planurilor musculo-aponevrotice. Se descriu multiple procedee, mai utilizat fiind *procedeul Proust* și *Duval*. Această intervenție este obligatorie ca timp complimentar al histeropexiilor directe dar, mai ales, în cele indirecte;

— *procedeul Manchester*, constă în amputarea colului și reinserarea celor două ligamente, pubo-cervicale și sacro-uterine, la nivelul istmului, pe lîngă colporafia anterioară și colpoperineorafie. Nu se recomandă la femei tinere, avînd în vedere complicațiile ce pot apare în caz de graviditate;

— *colpocleizisul subtotal, median* (operația Neugebauer — Le Fort) se sprijină pe principiul îngustării vaginului, excluzînd astfel poarta prin care se poate produce prolapsul. Se formează o coloană de suport, ce mai ține uterul;

— *histerectomia totală*, pe cale vaginală, practicată în prolapsul total va fi completată cu o colpoperineorafie care consolidează rezultatul.

Alegerea metodei chirurgicale se face în raport cu gradul prolapsului, vîrsta bolnavei, boli asociate și avînd în vedere posibilitatea evoluției unei sarcini ulterioare.

INVERSIUNEA UTERINĂ

Este o deplasare a fundului uterin, care, prin invaginație spre cavitatea uterină în chip de „deget de mănușă", ajunge să descindă total sau parțial în axul cavității uterine, oprindu-se în interiorul acesteia sau ieșind în afara introitului vaginal.

Etiologie, patogenie. Este rară, și se produce în două împrejurări: *după naștere* (inversiunea puerperală), cînd o tracțiune pe placenta inserată pe fundul uterin sau un cordon scurt, poate antrena inversiunea uterină. Este situația cea mai frecventă; ca o *complicație* a unui polip uterin (inversiune polipoasă); survine foarte rar.

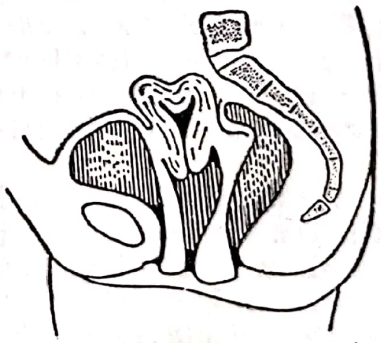


Fig. 80 — *Inversiunea uterină incipientă* (gr.I) (colecția Clinicii).

Simptome, diagnostic: a) *inversiunea acută* care se produce în timpul delivrenței se însoțește de: dureri violente, stare de șoc, hemoragie;

b) *inversiunea cronică* se instalează progresiv, iar în vagin apare o tumoră rotundă, fermă, dureroasă, ca un polip ce se naște prin col. Dar, la un examen atent se constată un șanț circular și absența corpului uterin la locul său normal.

Tratamentul. În *inversiunea puerperală acută* se practică reducerea manuală sub anestezie, urmată de tamponajul uterin și vaginal cu o meșă de tifon pentru a evita recidiva. În *inversiunea cronică* se recurge la *intervenția chirurgicală* ce se face pe cale vaginală sau abdominală.

În *inversiunea polipoasă* se extirpă polipul, fără a leza peretele uterin și dacă nu urmează o reducere spontană, se recurge la histerectomie.

Scanned with OKEN Scanner

AFECȚIUNILE URINARE ÎN GINECOLOGIE

Influența afecțiunilor ginecologice asupra aparatului urinar este destul de frecventă și se produce prin mai multe mecanisme:

1) propagare infecțioasă;
2) propagare neoplazică,
3) compresiune,
4) decompresiune sau relaxare musculară,
5) traumatism terapeutic,
6) factorul neuro-hormonal, care, singur sau asociat cu una dintre cauzele precedente, poate juca un rol important în geneza afecțiunilor urinare.

PROPAGAREA INFECȚIOASĂ

Propagarea afecțiunilor inflamatorii ale aparatului genital la cel urinar se poate face prin intermediul agentului cauzal sau prin propagarea procesului morbid însuși. Propagarea agentului microbian cauzal (gonococul, stafilococul, colibacilul, trichomonas, micelii) poate fi:

— *directă* cînd provine din vagin sau colul uterin, afectează progresiv uretra, vezica și, mai rar, căile urinare superioare;

— *indirectă,* pe cale limfatică sau de vecinătate, datorită aderențelor contractate între trompa inflamată, vezică și intestin.

Propagarea directă: a) *Uretrita acută* este, de obicei, gonococică și se manifestă prin disurie, iar meatul urinar este roșu, tumefiat, dureros la palpare. Prin exprimarea uretrei se exteriorizează o picătură de puroi. Diagnosticul de uretrită subacută și cronică este mai dificil și se face prin examenul bacteriologic al picăturii purulente obținută prin examinarea uretrei.

În afară de originea gonococică, uretrita mai poate fi cauzată de trichomonas sau micelii. Se indică și un examen al secreției vaginale și cervicale, pentru a se preciza etiologia.

b) *Cistita acută,* după uretrită, este una din cele mai frecvente infecții urinare întîlnite în ginecologie. Diagnosticul se face după conținutul purulent al urinei, polachiurie, micțiuni dureroase (disurie). Diagnosticul este dificil, uretrita și pielita prezentînd simptome similare (disurie în uretrită și urina purulentă în pielită).

c) *Leziunea inflamatorie* proprie femeii: uretro-cervicotrigonita este uretrita vegetantă cu neoformații inflamatorii ale colului vezical și ale trigonului. Polachiuria și durerea sînt simptome principale, însoțite de micțiuni imperioase și, uneori, de incon-

Scanned with OKEN Scanner

tinenţă. Predomină *polachiuria diurnă,* agravată de menstruaţie şi oboseală. Uneori se observă disurie cu retenţie de urină. Durerea este rezistentă la calmante. Orice iritaţie sau inflamaţie prelungită a colului vezical poate provoca apariţia neoformaţiilor inflamatorii. Originea este rar gonococică. De obicei sînt bacteriuriile colibacilare şi stafilococice, trichomoniaza, micozele (din cauza abuzului de antibiotice) şi tuberculoza. Leziunile sînt rebele la tratament. Pentru stabilirea diagnosticului este obligatoriu examenul cistoscopic.

Tratamentul constă în instilaţii cu nitrat de argint 2—5% cu rezultate bune în stadiul iniţial al bolii. Pentru polipi organizaţi cu ax vascular, se fac fulguraţii electrice, concomitent cu tratamentul bacteriuriei colibacilare, stafilococice sau bacilare.

Propagarea indirectă. Tulburările urinare secundare inflamaţiilor pelviene genitale se manifestă prin disurie, tenesme, urini tulburi, cu mici mucozităţi. *Cistoscocopic:* hiperemia uretrei şi vezicii.

Inflamaţia fundului de sac Douglas şi inflamaţiile periuterine, anexitele acute şi cronice se însoţesc adesea de fenomene urinare care cedează după tratamentul afecţiunilor genitale. În cazurile de infecţie concomitentă a aparatului genital, cu cel urinar, fenomenele urinare sînt rebele la tratament. Deschiderea unui abces pelvian în vezică (piosalpinx, hematocel infectat etc.) duc la infecţii ascendente (cu urini purulente). Se impune tratamentul chirurgical. Vindecarea infecţiei genitale nu aduce întotdeauna restabilirea tulburărilor de evacuare pielorenale, din cauza sclerozei cicatriciale după infecţie.

PROPAGAREA NEOPLAZICĂ

Propagarea neoplazică a cancerului colului uterin are un răsunet precoce asupra vezicii, invadarea uretrelor fiind mai tardivă. Cistoscopia este obligatorie.

COMPRESIUNEA CĂILOR URINARE

Are un rol important prin complicaţiile urinare ale afecţiunilor genitale. Ea produce: obliterarea ureterelor, cu dilataţia căilor urinare excretoare suprajacente; deformarea ureterală, deformarea vezicală.

Aceste modificări anatomice favorizează *staza, înmulţirea microbilor, infecţia* şi, la urmă, *insuficienţa renală.* Interesarea vezicii este însoţită de obicei de disurie, polachiurie, dureri, ceea ce obligă bolnava să consulte un urolog. *Examenul genital* evidenţiază cauza renală. Deformarea regiunii cervicale este aceea care se însoţeşte de tulburările cele mai zgomotoase.

În afara *inflamaţiilor genitale* (mai ales flegmoanele pelviene), ureterul suferă modificări patologice prin

Scanned with OKEN Scanner

compresiunea dată de *tumorile genitale* și de *viciile de poziție* ale uterului. Tumorile ovariene pot da uneori compresiune pe uretere cu hidroureter, hidronefroză și uremie consecutivă. Ureterul este cîteodată întins pe suprafața tumorii, putînd fi lezat în cursul operațiilor. Frecvent sînt și tulburările vezicale (disurie, retenție de urină). Disuria poate fi datorită compresiunii, dar mai ales fenomenelor congestive.

Tratamentul tulburărilor renale și vezicale datorate compresiunii prin tumori benigne este chirurgical. Înlăturarea tumorii duce la vindecarea rapidă. Cancerul colului uterin în ultimul stadiu diminuează permeabilitatea uretrală, ducînd, în 50% din cazuri, la moarte prin uremie.

DECOMPRESIUNE SAU RELAXARE MUSCULARĂ

În această categorie, rinichiul anormal, mobil, are o deosebită însemnătate în patologia femeii, cauzele favorizante fiind nașterile sau decompresiunile abdominale prin exereze de tumori mari abdominale. Rinichiul părăsește regiunea toracoabdominală, pentru a deveni organ abdominal. La palpare se percepe o tumoră în flanc sau în fosa iliacă, mai globuloasă și mai mare ca rinichiul normal, netedă și regulată, ușor reductibilă în fosa lombară. *Urografia* ne dă diagnosticul de certitudine, atunci cînd comparăm clișeele făcute în poziție culcat și în picioare. Rinichiul anormal mobil este, în general, bine tolerat. În unele cazuri poate da complicații și anume: *hematurie,* datorită nefritei sau congestiei concomitente, *infecție,* favorizată de stază, cu evacuarea incompletă a bazinului și hidronefroză.

Tratamentul este în special *medical:* cură de îngrășare, centură pentru a menține rinichiul în poziție normală. Tratamentul chirurgical, prin fixarea rinichiului, nu dă totdeuna rezultate bune. Cele mai frecvente tulburări sînt cele vezicale și uretrale, consecutive nașterilor, prin căderea peretelui vaginal anterior și dislocarea uretrei, precum și prin atonia sfincterului uretral. Fenomenul cel mai important este *incontinența.* După un timp, se instalează retenția (vezica nu se golește complet niciodată după micțiune). Această stagnare duce la cistită, cu urini fermentate și calculoză vezicală, care nu cedează decît după intervenția chirurgicală pentru prolaps.

Insuficiența ortostatică a sfincterului vezical este relevată prin pierdere de urină la efort, tuse sau la ortostatism prelungit. În etiologia acestei afecțiuni citățm: dislocarea traumatică a fibrelor sfincterului, hipoplazie congenitală sau senilă, tulburări de tonus (origine neuro-endocrină). Dislocarea traumatică a fibrelor sfincteriene este, de obicei, de origine obstetricală, prin nașteri laborioase sau chiar aparent normale.

În prolapsul mucoasei uretrale, aceasta alunecă pe musculoasă și formează un inel roșu în jurul meatului urinar. Se întîlnește mai frecvent la menopauză, cînd determină polachiurie și mici hematurii. Tratamentul chirurgical constă în incizia mucoasei și refacerea meatului.

Scanned with OKEN Scanner

TRAUMATISMELE TERAPEUTICE

Între traumatismele terapeutice chirurgicale se menţionează secţionarea sau ligaturarea ureterului la nivelul ligamentului lombo-ovarian sau la nivelul încrucişării cu artera uterină, în timpul diferitelor intervenţii ginecologice. Radiumterapia poate produce, uneori, fistule vezicale grave.

CISTOPATIILE HORMONALE

Cistopatiile hormonale se prezintă mai ales ca fenomene subiective: micţiuni imperioase, polachiurie, disurie, senzaţii de arsură, limitate la vulvă, cu iradiaţii iliace sau lombare. Diagnosticul va fi pus după examen clinic corect, asociat cu explorări vezicale şi ale căilor urinare superioare, precum şi prin examene citovaginale şi dozări hormonale.

Tratamentul va fi hormonal după stabilirea unui diagnostic precis (estrogeni, în formele carenţiale, şi progesteronă în formele hiperfoliculinice).

Scanned with OKEN Scanner

INCONTINENȚA URINARĂ DE EFORT
(Incontinența urinară funcțională)

Prin *incontinență urinară funcțională* se înțelege pierderea involuntară de urină, cauzată de modificări bruște a presiunii intraabdominale, din timpul efortului de tuse, strănut, rîs sau chiar prin modificarea poziției corpului (în cazuri mai avansate), vezica și uretra fiind intacte.

Este o stare patologică deosebit de supărătoare pentru bolnavă, atît datorită mirosului neplăcut cît și iritației pe care o produce urina asupra mucoasei vulvare și tegumentelor din regiunea perineală.

Frecvență. Pierderi mici involuntare de urină, care nu necesită intervenție medico-chirurgicală, întîlnim la aproximativ 50% dintre femei (după Benson). Pierderi involuntare de urină, care necesită tratament medico-chirurgical, se întîlnesc cel mai frecvent la femeile multipare, mai ales la acelea cu nașteri distocice. Aproximativ 80% din intervențiile chirurgicale ginecologice se fac pentru corectarea acestei afecțiuni.

Etiologia. 1. *Traumatismul obstetrical* (nașteri distocice, aplicarea incorectă de forceps etc.).

2. *Intervenții chirurgicale* (plastii perineale pentru corectarea descensului genital, cu vindecare prin cicatrici vicioase).

3. *Tulburări endocrine de menopauză* (diminuarea tonusului structurilor musculo-aponevrotice ale planșeului pelvi-perineal datorită deficitului de estrogeni și procesului biologic de senescență).

4. *Leziuni ale sistemului nervos* (tabes, scleroză multiplă, tumori sau traume medulare, spina bifida etc.).

5. *Malformații congenitale* (beanța orificiului uretral intern, epispadias, hipospadias etc.).

Vom discuta incontinența urinară cauzată de traumatismul obstetrical.

Noțiuni de fiziologie și fiziopatologie. În mod normal contenția urinii este determinată de echilibrarea reciprocă a presiunilor intravezicale și intrauretrale, determinate de balanța tonică a musculaturii netede și striate a celor două compartimente. Jocul în balanță a presiunilor în cele două compartimente, pînă la o limită, se poate realiza datorită fixității la osul pubian a colului vezicii și a uretrei, pe toată întinderea sa, prin: ligamentele vezico-pubiene, ligamentul arcuat pubo-uretral, facia pubocervicală, mușchii striați pubo-coccigieni, mușchiul transvers profund, mușchii bulbo-cavernoși (mai puțin). Fibre din acești mușchi se intrică cu elemente musculo-conjunctive ale uretrei, pe care o susțin ca un hamac (mușchiul detrusor) în contiguitate cu osul pubian. Mușchii striați, mai sus menționați, funcționează ca sfincter extern al uretrei fiind inervați de ramuri ai nervilor rușinoși interni.

În mod normal extremitatea proximală a uretrei formează cu baza vezicii un unghi uretro-vezical posterior obtuz (între 90—120°), element esențial în mecanismul de contenție urinară.

Scanned with OKEN Scanner

În momentul în care presiunea intravezicală ajunge la aproximativ 150 cm^3 apă (prin acumulare a 500 ml urină) se excită terminaţiile parasimpatice din peretele vezicii şi, în mod reflex, se contractă muşchiul detrusor, micşorîndu-se capacitatea vezicii. Fibrele externe longitudinale ale detrusorului, care trec sub formă de anse de la vezică la uretră, se scurtează, determinînd deschiderea orificiul intern al uretrei (lisosfincterul). Porţiunea intrapelviană a uretrei ia aspect conic (de pîlnie), cu circomferinţa mare deschisă în sus. În acest moment primele picături de urină ajung în uretra superioară, pe care o destinde, şi senzaţia de micţiune se intensifică, moment în care musculatura planşeului pelvian care acţionează ca sfincter extern, se relaxează, baza vezicii şi colul vezical coboară, unghiul uretrovezical posterior dispare şi are loc micţiunea (vezicalizarea uretrei). La finele micţiunii, contracţia muşchilor pubo-coccigieni şi a transversului perineal profund ridică planşeul pelvian şi totodată colul vezicii, iar unghiul uretro-vezical posterior revine la normal. Concomitent fibrele longitudinale ale detrusorului se relaxează, musculatura netedă de la nivelul colului vezical îşi reia tonusul fiziologic, orificiul intern al uretrei se închide, uretra pelviană devenind cilindrică.

Studiile radiologice cu substanţe de contrast, uretrocistografia laterală şi cinefluorografia, au arătat că la femeile cu incontinenţă funcţională urinară sau de efort apare un aspect asemănător cu cel al femeii normale în timpul micţiunii. Gradul incontenenţei urinare depinde de relaxarea planşeului pelvian, a elementelor musculare fasciale şi conjunctive şi, mai ales, a gradului de relaxare a ţesuturilor ce susţin colul vezical în contact intim cu osul pubian.

Traumatismul musculaturii intrinseci a vezicii şi colului vezical, ar avea puţină importanţă în etiologia incontinenţei urinare funcţionale.

Simptomatologie. Pierderea involuntară şi nedureroasă de urină, cu ocazia creşterii bruşte a presiunii intraabdominale (tuse, strănut, rîs etc.) este unicul simptom al incontinenţei urinare funcţionale necomplicate.

Houston împarte bolnavele cu incontinenţă urinară în:

— multipare, cu grade variabile de cistourectocel şi descensie uterină,

— multipare fără cistouretrocel sau descensie uterină,

— nulipare cu beanţă congenitală a orificiului uretral intern,

— nulipare în menopauză, la care, prin deficitul de estrogen şi procesele biologice de senescenţă, se produce atrofia structurilor musculare şi conjunctivo-fasciale de suport ale colului vezical şi uretrei.

Trebuie menţionat că majoritatea pacientelor se recrutează din prima categorie şi că nu toate femeile cu cistocel prezintă incontinenţă urinară (la acestea unghiul uretro-vezical posterior este păstrat).

Diagnosticul pozitiv se obţine prin: anamneză minuţioasă, examen ginecologic, examen urologic, examen neurologic, examinări de laborator, examen radiologic etc. În cadrul *anamnezei* vom da atenţie momentului de debut a afecţiunii: vîrsta, împrejurările cu care poate fi pusă în legătură (naşteri, intervenţii chirurgicale, prin perineu, menopauză), împrejurările de manifestare (tuse, strănut, rîs, modificări ale poziţiei corpului), dacă există simptome supraadăugate (polakiurie, disurie, senzaţie de presiune în hipogastru).

În cadrul *examenului ginecologic* vom căuta să evidenţiem existenţa

Scanned with OKEN Scanner

cistouretrocelului, gradul de prolaps genital, mărimea, poziţia şi mobilitatea uterului, existenţa unor tumori pelviene şi, în ultimă instanţă (de mare importanţă), forţa muşchilor pubo-coccigieni (indicînd bolnavei să-şi contracte sfincterul anal cît mai puternic în timpul tuşeului vaginal). Intensitatea senzaţiei de strictură, pe care o constatăm, ne dă posibilitatea să apreciem forţa muşchilor pubo-coccigieni şi bulbo-cavernoşi.

Examenul urologic (uretroscopia şi cistoscopia) poate evidenţia anomalii de dezvoltare sau traumatice ale vezicii şi colului vezical. Cistometria apreciază presiunea intravezicală şi funcţionalitatea muşchiului vezical. În caz de incontinenţă urinară funcţională, pierderea de urină apare la o presiune intravezicală mai mică de 80 cmc apă (normal 150 cmc apă).

Prin *examenul neurologic* se urmăreşte excluderea afecţiunilor ca: tabes, scleroză multiplă, siringomielie, mielite, tumori medulare şi vertebrale, tulburări psihice, afecţiuni asociate cu tulburări de micţiune.

Cu ocazia *examenului de laborator* se face examenul complet de urină, inclusiv urocultura (pentru a se exclude o posibilă infecţie urinară, care, deseori, se suprapune incontinenţei urinare). R.B.W. e necesară pentru excluderea sifilisului, cu localizare la nivelul sistemului nervos central.

Cu ajutorul *testelor clinice* putem aprecia gradul de incontinenţă:

Testul Narik (uşor de executat). Pacientei, aşezate în poziţie ginecologică, i se umple vezica urinară cu 300 ml ser fiziologic steril, la care s-a adăugat albastru de metilen. Pierderea de urină cu ocazia efortului de tuse în această poziţie sau în ortostatism (pătarea pansamentului steril plasat între labii) denotă incontinenţă urinară funcţională (testul Narik pozitiv).

Testul Bonney. Este un test prognostic preoperator şi se aplică bolnavei cu testul Narik pozitiv.

Cu ocazia tuşeului vaginal se ridică colul vezical cu mediusul şi indexul, plasate de o parte şi alta a uretrei, la nivelul joncţiunii uretrovezicale. Absenţa pierderii de urină, la creşterea bruscă a presiunii abdominale (tuse, strănut), arată necesitatea intervenţiei chirurgicale.

Examenul radiologic (foarte important pentru confirmarea diagnosticului). Cele mai importante examinări sînt: uretrocistografia laterală şi antero-posterioară şi cinefluorografia.

Prin aceste examinări se evidenţiază anomalia cauzatoare a incontinenţei urinare de efort (cu ocazia creşterii presiunii intraabdominale, brusc) şi anume, pierderea unghiului uretrovezical posterior, prin coborîrea bazei vezicii şi a colului vezical şi vezicalizarea uretrei pelviene, concomitent cu relaxarea planşeului pelvian.

Diagnosticul diferenţial se face cu:

1. Pierderea continuă de urină printr-o fistulă uro-genitală.

2. Polakiuria însoţită de disurie, simptom major în uretrite şi cistite.

În cazul coexistenţei unei infecţii cu incontinenţă urinară, se impune tratarea infecţiei urinare, înaintea oricărui tratament al incontinenţei urinare.

3. Incontinenţa urinară de „supraplin", cauzată de cistocel gigant, atonie vezicală, retenţie urinară prin stricturi uretrale (glob vezical) sau reducerea capacităţii vezicale, prin tumori abdomeno-pelviene.

4. Pierderea post-micţională de urină, ca în cazul unui diverticul uretral.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxie. Prevenirea se face prin următoarele măsuri:

a) gimnastica musculaturii pelvi-perineale în timpul sarcinii și cît mai curînd postpartum;

b) evitarea nașterilor distocice, a aplicării incorecte a unor intervenții obstetricale (forceps, baziotripsie etc.);

c) asistența calificată a expulziei (apărarea corectă a perineului, scurtarea expulziei prin episiotomie sau perineotomie profilactică, la toate primiparele, și perineorafie corectă).

Tratamentul conservativ se aplică la bolnavele cu incontinență urinară de efort, fără leziuni anatomo-clinice ale aparatului de ancorare și susținere a colului vezical. Se urmărește înlăturarea hipotoniei musculaturii planșeului pelviperineal anterior relaxat dar anatomic intact, prin:

Gimnastica planșeului pelvi-perineal (Kegel), cu importanță practică în tratamentul conservativ și în tratamentul pre-și postoperator (operații plastice, în cazuri de prolaps genital sau incontinență urinară). Pacientele sînt instruite ca cel puțin 2—3 ore pe zi să-și contracte voluntar și în forță musculatura pelvi-perineală ca și în cazul de opoziție la defecație sau micțiune. De fiecare dată se vor executa 30—50 contracții sfincteriene voluntare. Prin aceasta se tonifică progresiv mușchii pubo-coccigieni și transversul perineal profund, împreună cu planșeul pelvi-perineal anterior relaxat.

Hormonoterapia se aplică pe lîngă gimnastica planșeului pelvi-perineal, cînd incontinența urinară funcțională apare în timpul menopauzei. Houston recomandă utilizarea ovulelor vaginale cu conținut de 0,5 mg dietilstilbestrol, zilnic un ovul, timp de 2 săptămîni, urmat de un tratament în continuare, cu două ovule la săptămînă, timp îndelungat.

Tratamentul chirurgical se aplică în cazul insuccesului tratamentului conservativ și, mai ales, în prezența cistouretrocelului. Urmărim corectarea unghiului uretro-vezical posterior prin fixarea colului vezical în poziție fiziologică, întărindu-se structurile musculo-fasciale de la nivelul joncțiunii uretro-vezicale. Există trei căi de abordare: *vaginală* (uretro-plastia și colporafia anterioară), *abdominală* (cistouretropexia Marshall-Marchetti), *combinată* (abdomeno-vaginală).

Prognostic. 50% din cazurile cu incontinență urinară funcțională, fără prolaps genital, cu o slăbire doar a mușchilor pubo-coccigieni, beneficiază de gimnastica planșeului pelvi-perineal și hormono-terapie; 80% din intervențiile pe cale vaginală duc la succes terapeutic, iar intervențiile combinate, abdomino-vaginale, duc la un procentaj de vindecare de 90%.

Înaintea oricărui tratament se impune tratarea bolilor asociate ca: diabet, obezitate, astm bronșial, miastenia gravis etc.

Scanned with OKEN Scanner

FISTULELE GENITALE

Făcînd abstracţie de malformaţiile congenitale şi fistulele neoplazice, uterul şi mai ales vaginul pot să comunice în mod anormal prin o fistulă cîştigată, fie cu *căile urinare,* fie cu *intestinul.* De aici avem clasificarea fistulelor în două categorii: fistulele urinare şi fistulele stercorale.

FISTULELE URINARE

După cum uretra, vezica sau ureterul pot să comunice cu vaginul, avem *fistule uretro-vaginale, vezico-vaginale* sau *uretero-vaginale.* Excepţional, colul uterin poate să comunice cu vezica sau cu ureterul şi atunci avem fistule vezico-uterine sau uretero-uterine. Dintre aceste varietăţi de fistule, cel mai frecvent se întîlnesc fistulele *vezico-vaginale* şi *uretro-vaginale.*

Din punct de vedere etiologic, fistulele urinare se împart în:

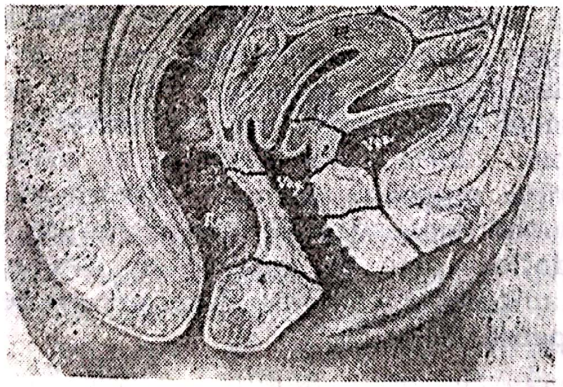


Fig. 81 — *Fistulele genitale* (după Marcel şi Fabre):
1 — uterovezicale; *2* — vezico-vaginale; *3* — recto-vaginale; *4* — ano-vaginale; *5* — uretro-vaginale.

— *fistule operatorii,* consecutive unor intervenţii chirurgicale, în special după histerectomii şi cînd vezica şi ureterul pot fi lezate;

— *fistule obstetricale,* produse după naşteri laborioase. Acestea din urmă, de obicei sînt „*spontane*", provocate de compresiunea ţesuturilor pe simfiza pubiană de către capul fetal;

— fistule accidentale excepţionale consecutive unei răniri prin arme de foc, unui corp tăios sau după o ulceraţie provocată de un calcul vezical, o ulceraţie tuberculoasă, un abces peri-vaginal etc.

FISTULELE VEZICALE

Fistulele vezico-vaginale şi vezico-uterine sînt fistule care fac să comunice *vezica cu vaginul* sau cu *uterul.* Dimensiunile acestor fistule pot fi atît de mici, încît sînt greu de descoperit. Sînt de obicei fistule de origină chirurgicală. În *fistulele obstetricale,* orificiul este de obicei mai larg, lăsînd să pătrundă extremitatea

Scanned with OKEN Scanner

degetului. Forma lor este în general ovală. Mucoasa vaginală este răsturnată către vezică, iar mucoasa vezicală este invizibilă. Complicaţiile ce pot surveni în urma acestor fistule sînt *ulceraţiile*, ce pot duce la sclerozare, *cicatrici vicioase*, care pot îngloba ureterul şi pot complica şi mai mult actul operator.

Simptome. Semnul capital în fistulele vezicale, fie vaginale, fie uterine, este *eliminarea urinii prin vagin*, care se produce între 3—8 zile, după căderea escarei. Eliminarea urinii este imediată în plăgile vezicale operatorii. Sînt, de obicei, continui, mai ales în fistulele largi. Ele pot fi şi intermitente, în fistulele mici sau în raport cu poziţia bolnavei.

În primele 3 luni care urmează după perforaţia vezicală, este posibilă *obliteraţia spontană*, dacă fistulele sînt de dimensiuni mici. Dacă persistă după acest timp, atunci *fistula este definitivă*, putînd duce la o infecţie ascendentă, care interesează fie căile genitale, fie căile urinare.

Diagnosticul fistulelor vezicale este uşor, căci eliminarea involuntară de urină, mai mult sau mai puţin continuă, este evidentă. În cazul cînd ea urmează după o intervenţie chirurgicală, problema se pune de a se determina dacă eliminarea de urină este datorită unei fistule vezicale sau ureterale. Se ştie că după naşteri, fistula este aproape întodeauna vezicală. Totuşi, uneori, diagnosticul nu este aşa de simplu şi necesită o explorație metodică. Tuşeul vaginal ne permite stabilirea diagnosticului în caz de fistule mijlocii sau mari, apreciind forma, dimensiunile şi marginile fistulei. Examenul direct se face cu valvele sau speculum pentru a descoperi unele fistule de dimensiuni mai mici. Unele fistule nu pot fi recunoscute decît după introducerea de lichid colorat în vezică, observînd apoi locul unde apare în vagin lichidul introdus.

Tratament. În primele 3 luni, atunci cînd avem de a face cu fistule mici, se poate încerca un tratament conservator, utilizînd sonde Pezzer, cauterizări cu nitrat de argint etc. După 3 luni, fistula este definitivă şi nu rămîne decît un singur tratament şi anume închiderea orificiului *prin sutură*, care se face fie pe cale joasă-vaginală, fie pe cale înaltă — transvezicală sau transperitoneală, în raport cu localizarea fistulei.

Intervenţia pe cale vaginală se face după o îngrijire preoperatorie, care să asigure o dezinfecţie cît mai completă a vaginului, a vulvei şi a coapselor. Se trece apoi la sutura directă care se face prin următoarele procedee:

1) *Procedeul de avivare*, care constă în incizia oblică a ţesuturilor către fundul fistulei, respectînd mucoasa vezicală, urmînd apoi sutura cu fire separate.

2) *Procedeul dedublării*, care se execută în două maniere:

a) Plecînd de la orificiul fistulei se dedublează cloaziunea vezico-vaginală în jurul fistulei, unde vaginul şi vezica sînt fuzionate; urmează apoi sutura lambourilor create prin dedublare. Se suturează lamboul vezical printr-o sutură în bursă sau prin surjet, avînd grijă să *nu perforăm mucoasa vezicală*. Vezica este astfel reconstituită; sub ea; ca un al doilea plan de sutură, se reunesc lambourile vaginale, prin puncte separate de sutură.

b) A doua manieră constă în a începe *dedublarea* de la periferie către orificiul fistulos, invers primului procedeu.

Scanned with OKEN Scanner

Lamboul astfel creat se răstoarnă către vezică, executînd un prim plan de sutură în bursă şi care reconstituie rezervorul vezical. Dedesubt, sutura vaginului, rămas avivat prin dedublare, constituie un al doilea plan de sutură.

În cazul fistulelor inaccesibile pe cale vaginală, se intervine pe *cale înaltă,* abordînd fistula fie direct, pe cale *transversală,* suprapubiană, extraperitoneală, fie pe cale *transperitoneală.*

Fistula astfel descoperită se suturează în acelaşi fel ca şi pe cale vaginală, dar în sens invers. Fistulele vezico-uterine sînt adesea mai uşor de vindecat decît acele vezico-vaginale. Este suficient uneori o dedublare a regiunii vezico-uterine, aşa cum se practică în primul timp al histerectomiei vaginale, după incizia fundului de *sac anterior.* Amintim doar că în cazuri absolut excepţionale, cînd operaţiile cu sutură directă au eşuat definitiv, se poate încerca ocluzia la distanţă: aceea a colului uterin *(histerocleizis),* în caz de fistulă vezico-uterină, sau ocluzia vaginului *(colpocleizis)* pentru fistula vezico-vaginală. În acest caz amestecul sîngelui menstrual şi al secreţiilor utero-vaginale cu urina, ajung adesea la formarea de calculi care determină desfacerea cloaziunii.

FISTULELE URETRO-VAGINALE

Sînt uşor de recunoscut, urina netrecînd decît în momentul micţiunii. Apoi se poate pune uşor în evidenţă prin examenul direct.

Simptome şi diagnostic. Aceste fistule sînt rare şi nu constituie decît o infirmitate uşoară. Diagnosticul se pune examinînd peretele inferior al uretrei, în care s-a introdus o sondă, constatînd astfel sediul, forma şi dimensiunile fistulei.

Tratament. Cauterizările cu nitrat de argint pot să ducă la vindecarea unor fistule mici. Dacă acest mijloc curativ nu dă rezultate se va recurge la procedee operatorii, utilizînd metoda dedublării, ca şi în fistulele vezico-vaginale.

FISTULELE URETERULUI

Pot fi *uretero-uterine* şi *uretero-vaginale.* Primele sînt foarte rare, cînd survin după o naştere, fiind întotdeauna uretero-cervicale, corpul uterin nefiind niciodată interesat. Fistulele uretero-vaginale se disting la examenul direct prin dimensiunile lor foarte mici, localizate lateral şi prin faptul că lichidul colorat, introdus în vezică, nu trece în vagin. Apoi examenul cistoscopic arată integritatea vezicală şi absenţa ejaculării ureterale. Cateterismul ureteral, dacă este posibil, nu numai că ridică orice îndoială asupra varietăţii fistulei, dar permite stabilirea sediului fistulei la unul din uretere.

Etiologie. Fistulele uretero-vaginale sînt împreună cu fistulele vezico-vaginale cele mai frecvente dintre fistulele urinare. Ele au aproape întotdeauna o origină chirurgicală, apărînd în urma unor operaţii pelviene ca histerectomii abdominale sau vaginale, după ablaţia unor tumori incluse în ligamentul larg sau ablaţia unor tumori vezicale. Fistulele ureterale pot fi înalte sau joase, în raport cu distanţa pînă la vezica urinară. Ele pot fi *imediate,* atunci cînd se creează o deschidere ureterală cu bisturiul sau foarfecele, şi *tardive,* consecutive unei necroze a peretelui, produsă de o pensă sau o ligatură plasată greşit. Fistula, în acest caz, se produce după căderea escarei, la 6—12—18 zile după intervenţie.

Scanned with OKEN Scanner

Simptome și diagnostic. Primul semn este eliminarea urinii prin vagin, care este continuă. Cu toate acestea, bolnavele au micțiuni destul de abundente, pentru că celălalt ureter funcționează normal.

Fistula uretero-vaginală este greu de văzut. Cum uterul adesea lipsește, fistula fiind consecutivă unei histerectomii, este greu de descoperit, ea fiind situată în fundul vaginului cicatricial și aderent. Pentru a preciza faptul că fistula este ureterală, *se introduce în vezică un lichid colorat* care nu vine în vagin, așa cum se întîmplă în fistulele vezico-vaginale. Prin cistoscopie se constată integritatea vezicii și lipsa jeturilor intermitente normale la nivelul orificiului de deschidere în vezică a ureterului lezat. În fine, dacă este posibil cateterismul ureteral constată că sonda se oprește la nivelul fistulei, datorită aderențelor obișnuite în acest punct.

• *Prognostic.* Leziunea ureterului, cînd nu a fost secționat complet, se poate vindeca, făcîndu-se ușoare cauterizări sau fără nici un tratament. După 3—4 luni, dacă fistula persistă, ea este definitivă. Deasupra fistulei găsim, obișnuit, o stenoză ureterală, se creează o hidronefroză, care predispune la o infecție ascendentă, la o pionefroză ce necesită nefrectomie. În cazuri mai rare, stenoza ureterală merge pînă la obliterarea completă cînd se suprimă funcția renală și se produce atrofia renală.

Tratamentul este întotdeauna chirurgical și poate fi:

— *direct,* cînd se urmărește închiderea fistulei prin operații plastice.

— *indirect,* cînd în loc de a se căuta să se închidă fistula se urmărește dispariția eliminării urinare, fie suprimînd sursa urinii nefrectomie), fie derivînd cursul său printr-o implantare ureterală în vezică (cisto-neostomie) sau în rect (ureterorectostomie) sau la piele ureterostomie cutanată).

O mare parte a fistulelor uretero-vaginale pot fi evitate prin tratamentul imediat al leziunilor ureterului chiar în cursul intervenției chirurgicale, cînd ele au fost constatate. O plagă longitudinală nu are nevoie de sutură, ea se va vindeca spontan dacă se va pune un dren pentru evacuarea urinii. O plagă transversală întinsă, dar fără secțiune completă, trebuie suturată. În caz de secțiune completă se utilizează o chirurgie reparatoare, fie printr-o ureterorafie, fie, dacă secțiunea nu este la o distanță mai mare de 5 cm de vezică, printr-o ureterocistoneostomie, fie cînd vezica este mai depărtată, printr-o ureterostomie cutanată sau uretero-rectostomie.

FISTULELE STERCORALE

Se descriu 2 categorii: recto-vaginale și entero-vaginale.

FISTULELE RECTO-VAGINALE

Etiologia lor este asemănătoare cu aceea a fistulelor urinare, avînd aceeași origină: *chirurgicală* și *obstetricală*. Mai rar pot fi consecutive unei ulcerații sau unui traumatism accidental. Fistulele recto-vaginale de origină obstetricală pot fi produse de un forceps sau baziotrip, care lezează cloaziunea recto-vaginală sau

mai frecvent, după o ruptură a perineului care a interesat cloaziunea și care sînt urmate de o cicatrizare incompletă. După localizare fistulele pot fi:

1) recto-vulvare,
2) recto-vaginale inferioare
3) recto-vaginale superioare.

Unele fistule sînt punctiforme, altele sînt mai mari.

Simptome și diagnostic. Trecerea materiilor fecale și a gazelor constituie semnul principal al fistulei recto-vaginale. Dacă fistula este mică, se poate produce numai o trecere involuntară de gaze. Examenul direct al cloaziunii recto-vaginale, combinat cu tușeul rectal, dă indicații asupra sediului, formei și întinderii fistulei. În cazuri mai dificile, întrebuințarea stiletului este utilă.

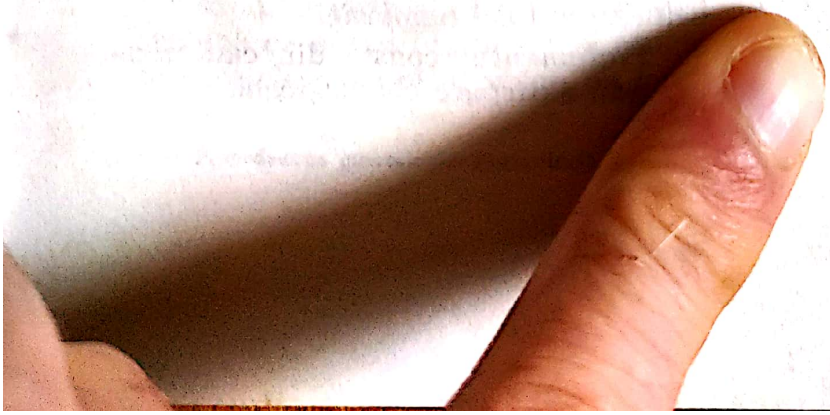
Tratament. După 3—4 luni se poate considera fistula ca definitivă, fiind indicată intervenția chirurgicală. Se pot întrebuința aceleași metode ca și pentru fistula vezico-vaginală, iar după dedublare, este preferabilă sutura directă. Intervenția se poate face pe cale *vaginală* sau pe cale *perineală,* acestea dînd cele mai bune rezultate. Se face de jos în sus, dedublînd cloaziunea recto-vaginală începînd de la perineu pînă deasupra fistulei, formîndu-se două lambouri, unul anterior, vaginal, altul posterior, rectal. Se termină prin sutura izolată a orificiului fistulos rectal și vaginal și apoi se suturează perineul ca într-o perineorafie obișnuită.

FISTULELE ENTERO-VAGINALE

Sînt excepționale. Ele pot surveni după o naștere, prin ruperea fundului de sac vaginal posterior și ieșirea unei anse intestinale și comprimarea ei, ducînd astfel la sfacelare. Sînt posibile după o operație pelviană, mai ales în histerectomii pe cale vaginală, cînd se lezează o ansă intestinală. De asemenea după deschiderea spontană a unei pungi supurate atît în intestin cît și în vagin.

Fistulele antero-vaginale sînt aproape totdeauna localizate în fundul de sac vaginal posterior sau la fundul vaginului, cînd uterul a fost ridicat. Examenul materiilor fecale, care se elimină prin vagin, ne dă indicații asupra nivelului unde se află localizată fistula pe intestin.

Tratament. O singură intervenție este eficace: enterorafie după laparotomie. Se eliberează intestinul de aderențele sale cu vaginul și cu organele vecine, practicînd apoi o enterorafie laterală, sau o rezecție intestinală, după caz.



Scanned with OKEN Scanner

TUMORILE GENITALE

TUMORILE BENIGNE

TUMORILE BENIGNE ALE VULVEI ŞI ALE VAGINULUI

Papiloanele. Sînt vegetaţiuni ale vulvei şi se mai numesc *condiloame acuminate* sau *creastă de cocoş*.

Ele sînt consecinţa unei infecţii locale însoţite de o leucoree abundentă.

Anatomopatologie. Papiloanele sau condiloamele sînt formaţiuni ce seamănă cu conopida fiind localizate la nivelul vulvei, introitului vaginal şi perineului. Sînt foarte bine vascularizate la nivelul pediculului, iar histologic reprezintă proliferarea stratului epitelial al lui Malpighi. Pot fi de dimensiuni mici sau extrem de mari cînd confluează.

Clinic sînt tumori dureroase, brăzdate de şanţuri profunde şi care secretă o serozitate fetidă.

Etiologia este nelămurită. Se semnalează apariţia lor în cadrul infecţiilor venerice, care se asociază, după părerea unor autori, cu un virus.

Tratamentul. Este etiologic cînd tumorile au apărut în cadrul unei infecţii venerice cunoscute.

În cadrul unor condiloame mari pediculate, tratamentul constă din ablaţia chirurgicală sau electrocauterizarea pedicululuí. Cînd sînt sesile şi ocupă regiuni întinse se chiuretează cu chiureta Folkman şi se tamponează strîns cu tifon steril pentru hemostază.

În condiloamele mici, badijonarea cu soluţie alcoolică de *podofilină* 20% dă rezultate foarte bune.

Prognosticul. Este bun după tratament, dar sînt posibile recidivele dacă nu se respectă regulile de igienă.

Chistul glandei lui Bartholini. Este o tumoră chistică benignă care se dezvoltă lent în mai mulţi ani prin obstruarea canalului de drenaj al secreţiilor glandei.

Tratamentul constă în extirparea glandei tumorale.

Chistul canalului Nück. Se localizează în treimea superioară a labiilor şi este analog hidrocelului de la bărbat. Poate comunica uneori cu cavitatea peritoneală.

Tratamentul. Este extirparea chirurgicală ce trebuie făcută cu prudenţă.

Chistul congenital al labiilor mari. (Chistul Gärtner).

Rezultă din expansiunea unui chist al canalului lui Wolff spre buza mare. Are structura unui chist obişnuit.

Polipul meatului uretral. Apare spontan sau ca o consecinţă a unor inflamaţii localizate la nivelul uretrei.

Poate îmbrăca forma de:

— polip glandular (adenom pediculat)

— polip mucos

— polip fibros

— polip vascular (papilom uretral).

Consecutiv prezenţei lui la nivelul uretrei apar tulburări de micţiune, dureri şi mici hemoragii.

Tratamentul constă din cauterizare sau extirpare chirurgicală.

Scanned with OKEN Scanner

Fibromul. Este o tumoră benignă a țesutului conjunctiv vulvar.

Etiologia este aceeași cu a fibromului uterin (vezi capitolul)

Evoluția. Se dezvoltă lent și poate ajunge la dimensiuni enorme cînd poate fi confundat cu elefantiaza vulvară.

Anatomopatologie. Se dezvoltă din țesutul conjunctiv al regiunii. De obicei fibroamele pure se dezvoltă din dartos. Cînd se dezvoltă din derm, poartă numele de *moluscum,* care dacă este pediculat se numește *„moluscum pendulum“.* La nivelul clitorisului ia aspect de hipertrofie fibroasă.

Diagnosticul pozitiv este ușor și se face pe baza structurii macroscopice și microscopice.

Tratamentul constă în extirparea chirurgicală a tumorii.

Lipomul. Se dezvoltă din țesutul conjunctiv grăsos al muntelui lui Venus. Este o tumoră rar întîlnită.

Tratamentul constă din cauterizare sau extirpare chirurgicală.

Chistul vaginal. Este localizat pe peretele anterior al vaginului, lateral de linia mediană și apare ca o tumoră chistică sesilă cu un diverticul ce se întinde spre baza ligamentului larg.

Se dezvoltă din resturile canalului Müller sau mai frecvent din canalul lui Wolff (canalul Gärtner). Conține un lichid vîscos filant.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut mai ales cu uretrocelul prin cateterism uretral.

Tratamentul este chirurgical și extirparea trebuie făcută cu multă prudență.

Fibromul vaginal. Este o tumoră benignă ce apare foarte rar și atunci pe peretele vaginal anterior. Se localizează în țesutul conjunctiv submucos, mucoasa fiind de aspect normal.

Evoluție. Se poate maligniza sau se poate necroza și să ulcereze în vagin.

Tratamentul. Constă în extirparea chirurgicală care trebuie făcută cu prudență.

STĂRILE PRECANCEROASE ALE VULVEI ȘI VAGINULUI

AFECȚIUNILE PRECANCEROASE ALE VULVEI

Leucoplazia vulvară. Este o hiperkeratoză a epiteliului pavimentos și se caracterizează prin prezența unor plăci albe-sidefii, cu evoluție cronică, care se pot descuama.

Etiologia nu este precizată. Se incriminează vîrsta înaintată, care, în prezența unor iritații persistente (cauterizări repetate, inflamații cronice etc.), în prezența unor tulburări endocrine, a diabetului etc., favorizează apariția bolii.

Simptomatologie. Simptomul principal este pruritul și durerea în cazul cînd apar fisurile. În majoritatea cazurilor simptomele lipsesc.

Evoluție. Are o evoluție lentă progresivă. Poate duce la kraurosis și cancerizare în 45—50% din cazuri.

Diagnosticul diferențial se face cu vitiligo și kraurosis. În vitiligo, părul vulvar este decolorat, în timp ce în kraurosis este însoțit de atrofie.

Prognosticul este în 50% benign.

Tratamentul. Se depistează cauza producătoare care se tratează. În caz de eșec se va aplica electrocauterizarea, galvanocauterizarea și, la nevoie, extirparea chirurgicală care trebuie să cuprindă și ganglionii inghinali, cînd sînt hipertrofiați.

Kraurosis vulvae. A rost descrisă în 1885 de către Breisky fiind con-

Scanned with OKEN Scanner

fundat cu leucoplazia care o favorizează.

Este o atrofie cronică progresivă a pielei şi mucoasei vulvare.

Etiologia, în discuţie. Apare la femeile în vîrstă cu insuficienţă ovariană, fiind precedată, în majoritatea cazurilor, de leucoplazie.

Anatomie patologică. Spre deosebire de leucoplazie, care este o boală a epidermului, kraurosisul afectează dermul şi ţesutul conjunctiv subepidermic, care este infiltrat cu celule inflamatorii histio-plasmocitare, ce evoluează spre scleroză şi retracţie, ca o cicatrice. Labiile mici şi clitorisul dispar prin atrofie iar regiunea vestibulo-himenală se retractă.

Simptome. La început apare pruritul, apoi durerea, arsura şi apoi atrofia vulvei care duce la dispareunie. Mucoasa este uscată, inextensibilă.

Evoluţie. Este progresivă, atrofia evoluează spre scleroză.

Forme clinice. Se cunosc următoarele forme:

1. Forma albă leucoplazică. Se confundă cu leucoplazia.
2. Forma roşie: kraurosisul Lanson-Tait.
3. Forma senilă cu scleroza dermului şi mucoasei.
4. Forma foliculară, descrisă de Jayle. Apar în plus, în jurul meatului urinar, introitului vulvar etc, foliculi glandulari.

Diagnosticul diferenţial se face cu:

Cicatricele care nu sînt simetrice ca kraurosisul

— lichenificaţiile vulvei

— sclerodermia, leucoplazia, estiomenul, elefantiaza etc.

Tratament. Se prescriu unguente grase cu antibiotice, vit. A şi folikulină, în doze mari.

În injecţii se administrează folikulină, 200.000—500.000U pe săptămînă, timp de 4 săptămîni, şi vit. A.

În forma foliculară, cauterizare, iar în forma leucoplazică, extirpare. Cotte propune rezecţia nervului presacrat.

Estiomenul vulvar. Este o ulceraţie cronică a regiunii ano-vulvare însoţită de induraţia hipertrofică a zonei înconjurătoare şi de stenoza orificiilor uretrei, vaginului şi rectului.

Etiologia este necunoscută. Unii susţin că estiomenul nu este altceva decît un sifilis, un cancer sau un tbc. cu evoluţie anormală urmată de o reacţie hipertrofică a ţesuturilor din zonă.

Anatomopatologie. Din epiderm se produc prelungiri în derm, iar vasele limfatice şi sanguine sînt afectate de un proces de endo şi perivascularită cronică. Consecutiv apar ulceraţii localizate periorificial.

Simptome. Semnele subiective lipsesc. Obiectiv apar leziunile descrise mai sus.

Evoluţia este lentă, cu perioade alternînde de remisie şi progresare.

Diagnosticul diferenţial se face cu:

— Şancrul moale, care e mai invadant, şi microscopic se evidenţiază bacilul Ducrey

— Sifilidele terţiare care se reactivează la tratament

— Cancerul vulvei, forma ulcerativă

— Tuberculoza ulcero-hipertrofică, care, la examen histologic, prezintă leziuni specifice.

Tratamentul constă din pansamente şi aplicaţii locale cu antibiotice şi antiseptice. Zonele hipertrofiate se îndepărtează chirurgical.

Boala lui Bowen. Primele cazuri au fost descrise în 1912 de Bowen.

Apare ca o *dermatoză* cu structură histologică caracteristică. Apare la nivelul mucoasei sub formă de pete bine delimitate, cu suprafaţa plană, catifelată, roşie. La palpare se simte o mică induraţie.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluţie. Evoluează îndelungat spre cancerizare obligatorie.

Diagnosticul diferenţial. Se face cu sifilidele secundare hipertrofice.

Anatomopatologie. Este o diskeratoză. Se caracterizează prin prezenţa *celulelor monstruoase* cu nucleul gigant, bi şi trilobat. Unii autori o consideră ca un cancer intraepidermic.

Tratamentul. Înainte de cancerizare beneficiază de elctro- şi termocauterizare. În caz de cancerizare, tratamentul este acelaşi ca al cancerului vulvar în general.

Boala Paget. Se localizează la organele genitale externe şi seamănă cu o exemă rebelă la tratament, care se extinde progresiv.

La examen clinic se observă placarde uşor ridicate care au suprafaţa ulcerată, de culoare roşie. Placardele sînt bine delimitate. Tegumentele din jur sînt de aspect normal.

Boala este rară şi se întîlneşte mai ales la femeile în vîrstă înaintată şi în menopauză. *Evoluează spre cancerizare.*

AFECŢIUNILE PRECANCEROASE ALE VAGINULUI

De obicei sînt secundare, plecînd de la vulvă sau de la colul uterin. *Numai în mod excepţional pot fi primitive.*

Sînt identice cu cele descrise la vulvă dar prezintă o caracteristică locală; prin lipsa stratului cornos mucoasa se macerează uşor. Din acest motiv *boala lui Paget* se prezintă ca o pată sau ulceraţie cu fondul neregulat.

Boala lui Bowen are caracteristicile descrise la vulvă şi se localizează mai ales pe fondul unei leucoplazii.

În cazul în care precancerozele localizate vaginal prezintă ulceraţii, însoţite de indurаţie şi hipertrofia ganglionilor inghinali, ne găsim în faţa unei cancerizări certe.

TUMORILE BENIGNE ALE UTERULUI

Numim tumori benigne ale uterului pe acelea care, din punct de vedere anatomo-patologic, sînt *tumori bine delimitate* (incapsulate), nu dau *metastaze* şi *după extirpare nu recidivează.* Din punct de vedere histologic, celulele care le compun sînt adulte şi nu prezintă mitoze caracteristice tumorilor maligne.

FIBROMIOMUL UTERIN

Este o tumoră benignă dezvoltată din ţesutul miomatos şi fibromatos al uterului.

• *Frecvenţa.* Se întîlneşte la femeile între 30—45 de ani. Reprezintă aproximativ 18—25% din afecţiunile ginecologice şi apare mai frecvent la femeile sterile.

• *Numărul fibroamelor* uterine este variabil. Uneori se întîlneşte un singur nodul fibromatos mic în uter, alteori, şi de cele mai multe ori, se

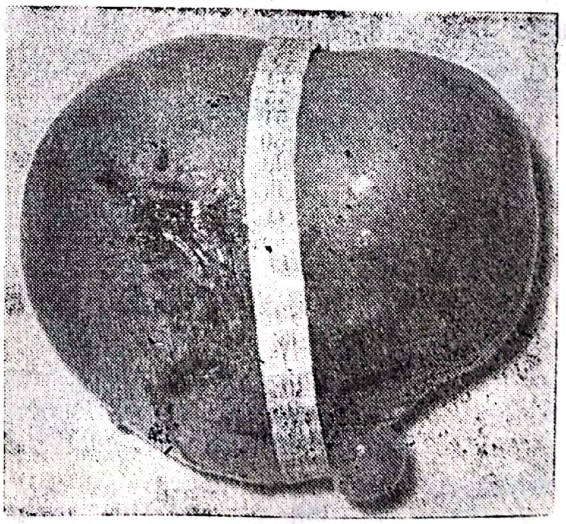


Fig. 82 — *Fibromiom uterin* (colecţia Clinicii).

Scanned with OKEN Scanner

întîlnesc o mulţime de noduli fibromatoşi.

• *Volumul fibromului* uterin este variabil, mai frecvent mic, dar poate

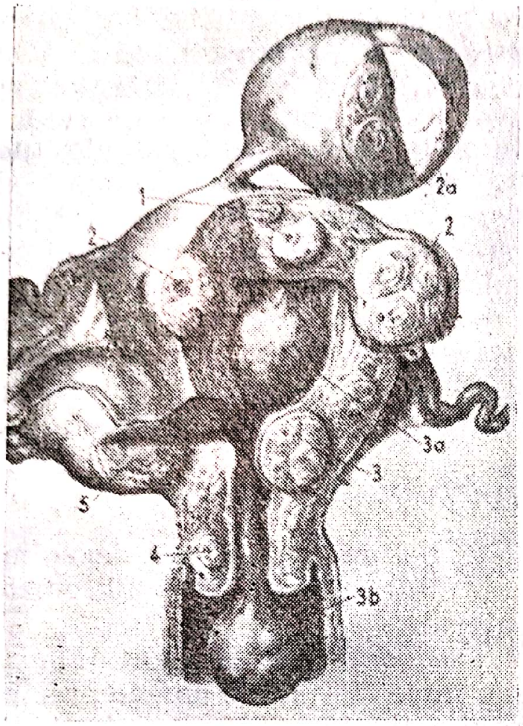


Fig. 83 — *Uter cu multipli noduli fibromiomatoşi* (după Pschyrembel):
1 — fibrom intramural; *2* — fibrom subseros sesil; *2a* — fibrom subseros pediculat; *3* — fibrom submucos sesil; *3a* — fibrom submucos pediculat; *3b* — fibrom submucos pediculat şi acuşat în vagin; *4* — fibrom cervical; *5* — fibrom uterin dezvoltat în parametru.

ajunge pînă la mărimea unui cap de adult şi chiar mai mare. Se întîlnesc rar fibroame care cîntăresc 15—30 kg.

Localizarea. În raport cu peretele uterin şi regiunea afectată, se întîlnesc mai multe forme:

a) *În raport cu peretele uterin* întîlnim fibromul uterin localizat: *interstiţial* sau *intramural; subseros*, care poate să fie *sesil* sau *pediculat*, ultimul putînd duce la torsiunea fibromului cu sfacelare; *submucos*, realizînd *polipul* submucos, sesil sau pediculat.

b) *În raport cu regiunea uterului*, fibromul poate fi localizat la nivelul *corpului uterin, colului uterin*, în care caz poate evolua spre *vagin*.

• *Vascularizaţia fibromului uterin* este bogată la periferie şi săracă spre centru, din care motiv sînt frecvente tulburările ischemice.

• *Structura fibromului:*

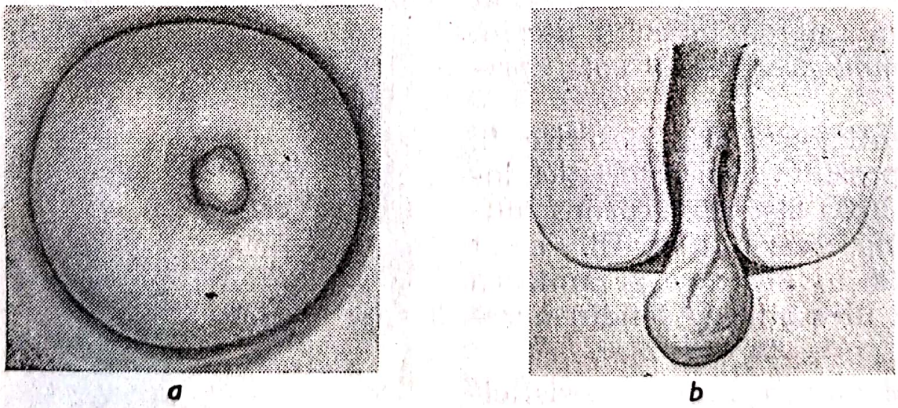
a) *fibre musculare*, dispuse în spirală;

b) *fibre conjunctive* intercalate între fibrele musculare;

c) *capsula fibromului*, formată din ţesut conjunctiv lax şi fibre musculare turtite;

d) *vasul central*, care asigură nutriţia fibromului, este un vas de tip terminal.

Vorbim de *miom uterin* atunci cînd avem o prevalenţă a *fibrelor musculare* (tumora este moale-elastică) şi de *fibrom uterin*, cînd predomină *fibrele conjunctive* (tu-



a *b*

Fig. 84 — *Polipul uterin submucos* (după Pschyrembel):
a — văzut cu speculul; *b* — secţiune verticală.

mora este dură, rezistentă). De fapt, întotdeauna avem și *fibre musculare* și *fibre conjunctive*, de aceea denumirea corectă este de *fibromiom*

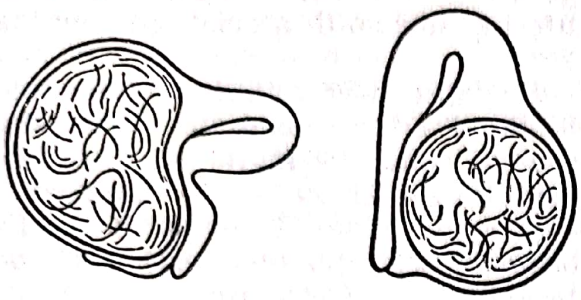


Fig. 85 — *Miom cervical* (colecția Clinicii).

uterin. În eventualitatea în care tumora are și *incluziuni glandulare* (epiteliu) vorbim de *adenomiom* sau *adenofibrom*.

Etiopatogenia fibromului uterin este neclară. Există mai multe teorii, care încearcă să-i explice apariția:

a) *teoria vasculară a lui Pilliet-Klebs* explică apariția fibromului uterin ca o proliferare a țesutului miomatos și conjunctiv perivascular;

b) *teoria resturilor embrionare Conheim* consideră fibromul uterin ca fiind consecința unor resturi embrionare, localizate perivascular, care se multiplică formînd resturi concentrice de fibre musculare netede, la periferia cărora, în mod secundar, proliferează țesutul conjunctiv;

c) *teoria inflamatorie*, enunțată ca o curiozitate (faptele acumulate o infirmă);

d) *teoria neuro-fibromatozei* — Recklinghausen explică apariția fibromului uterin în cadrul unui proces de neurofibromatoză generalizată;

e) *teoria hormonală hiperestrogenică* consideră dezvoltarea fibromiomului uterin drept o consecință a unei stări de *hiperfoliculinemie* existentă în organismul femeii. În sprijinul acestei teorii există date experimentale ca acelea a lui Klenițchi, care, injectînd zilnic la 50 cobăițe tinere cîte 10.000 U.I. de foliculină, timp de 42 săptămîni, a obținut, la 27 din ele, fibromioame uterine. O serie de date clinice pledează în favoarea acestei teorii. Fibromiomul uterin apare în perioada de activitate genitală. Starea de hiperfoliculinemie din organismul femeii și în general foliculina, administrată în exces, favorizează în mod incontestabil dezvoltarea fibromioamelor. Ovarita sclero-chistică și hiperplazia glandulo-chistică a mucoasei uterine, cunoscute ca expresie a unei stări de hiperfoliculinemie, sînt extrem de frecvent întîlnite la femeile cu fibromiom uterin. În graviditate fibromiomul uterin crește în dimensiuni, din cauza „biciului hormonal" existent în sarcină. La menopauză fibromul uterin diminuă.

Se pare că teoria hiperfoliculinică rămîne cea mai plauzibilă în explicarea etiologiei fibromiomului.

Simptomatologia fibromului uterin se împarte în:

Simptome subiective: 1. *Hemoragia*, simptomul cel mai frecvent, este întîlnită în 89% din cazuri, sub aspect de *menoragii* și *metroragii*, mai ales în fibroamele cu localizare submucoasă. Explică frecvența anemiei secundare, întîlnită în fibromul uterin cu metroragii.

2. *Leucoreea* este frecvent întîlnită. Cînd fibromul are o localizare în regiunea istmică, este posibil ca tumora să joace rol de *„dop"* și secrețiile să se evacueze sub formă de *„hidroree uterină"* sau *„vomică uterină"* (Trillat).

3. *Durerea* este întîlnită sub formă de *senzație de greutate* în pelvis, tracțiune în sfera genitală sau sub formă de durere surdă.

4. *Compresiunea* se manifestă printr-o serie de tulburări apărute la nivelul organelor vecine: pe *vezică*

Scanned with OKEN Scanner

sub formă de disurie, micțiuni frecvente etc.; pe *rect*, constipație cronică; pe *vasele pelviene*, edem al membrelor inferioare, stază în micul bazin, predispoziție la tromboflebite etc.; pe *uretere* hidronefroză urmată de pielonefrită ascendentă; pe *nervi*, nevralgii lombare și aspect de nevrite pelviene.

• *Simptomele obiective:* 1. *Creșterea în volum a uterului* cu *deformarea* cavității uterine, care poate fi pusă în evidență prin histerometrie și histerografie.

2. *Prezența unei tumori, care face corp comun cu uterul.* În urma ei, colul uterin devine înalt (ridicat retro-simfizar). La nivelul uterului se palpează una sau mai multe tumori dure, netede sau de aspect nodular. Din acest motiv în cazul unei singure tumori uterul este mărit global și se poate preta la confuzie cu sarcina, iar în cazul unor noduli fibromatoși multipli are aspect boselat, deformat.

Diagnosticul pozitiv se face pe baza simptomelor subiective și obiective, mai sus amintite, și prin diagnosticul diferențial.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu sarcina de diferite vîrste (mai ales în prima jumătate), avortul spontan, chistul ovarian, tumorile anexiale, tumorile organelor învecinate, mase aderențiale după intervenții chirurgicale, hematocelul organizat, cancerul ovarian, cancerul uterin, fibromul asociat cu sarcina etc.

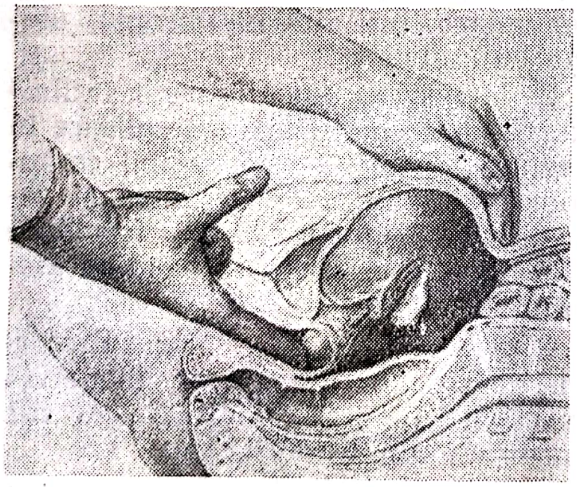


Fig. 86 — *Diagnosticul palpatoric al unui fibromiom uterin* (Tumora face corp comun cu uterul (după Marcel—Fabre).

Evoluția fibromului uterin este lentă și adesea asimptomatică; din această cauză de multe ori este descoperit numai cu ocazia unui examen ginecologic. În evoluția sa fibromul uterin poate suferi o serie de transformări și modificări.

• Mai frecvent întîlnite sînt: *Transformările dure,* care apar sub formă de:

1) *condensare fibroasă,* întîlnită în menopauză;

2) *calcifieri.*

• *Transformările moi* îmbracă adesea forme de:

— *degenerescență edematoasă sau mixomatoasă* a fibromului;

— *degenerescență grăsoasă,* întîlnită în sarcină;

— *degenerescență roșie* (fibromul roșu), care este consecința unor tulburări circulatorii prin obstruare arterială;

— *degenerescență chistică,* caracterizată prin prezența unor formațiuni chistice în parenchim;

— *ramolisment,* consecință a necrozei de colicvație, consecutivă unor tulburări circulatorii;

— *degenerescență angiomatoasă* (teleangiectatică) prezentă în fibroamele vasculare;

— *transformări moi* în resturile unor insule glandulare din canalele lui Wolff;

— *necroză a fibromului uterin* consecință a obstruării vaselor din pediculul fibromului; poate îmbrăca două aspecte: a) *necroza aseptică,* consecința unui proces de necrobioză ischemică, b) *necroza septică,* consecutivă suprainfectării, dînd aspect de

Scanned with OKEN Scanner

supurație. În ambele cazuri procesul evoluează spre sfacelare;

— *malignizarea fibromului* (cancerizarea). Se întîlnește într-un procent de 1—3%. Poate lua următoarele aspecte: în cazul degenerării țesutului muscular ia aspectul de *leiomiosarcom*, iar în cazul degenerării țesutului conjunctiv al fibromului ia aspectul de *fibrosarcom*.

Prognostic. Fibromul uterin evoluează uneori capricios, cu perioade de stare și creștere, iar după menopauză cu regresiune. În general, prognosticul este bun, fiind vorba de o tumoră care din punct de vedere histologic, are un caracter benign. Prognosticul poate deveni grav prin complicații.

• *Complicațiile* pot fi: 1. *Hemoragice*, întîlnite mai ales în fibroamele submucoase, urmate de anemie.

2. *Compresiuni grave* pe organele vecine (vezică, uretere, rinichi, rect, vase și în fibroamele mari, asupra diafragmului etc.).

3. *Torsionarea fibromului*, întîlnită în formele pediculate (poate determina abdomenul acut).

4. *Necrobioza fibromului* favorizează alterarea stării generale cu fenomene toxice și modificări grave în evoluția procesului.

5. *Supurația fibromului* care se manifestă sub aspectul unei septicopiemii cu evoluție gravă.

6. *Cardiopatii, flebite și tromboflebite*, urmate de embolii consecutive, mai frecvente după intervenții.

• *Tratamentul fibromului uterin* a evoluat și a prezentat modificări de concepție în decursul timpului. De unde pînă la sfîrșitul sec. al XIX-lea, tratamentul era aproape *exclusiv medical*, după această dată a devenit aproape *exclusiv chirurgical*. În ultimul timp hormonoterapia a dat rezultate satisfăcătoare și este considerată, cel puțin în formele inițiale, ca o armă terapeutică eficace. În schema terapeutică a fibromului uterin trebuie să avem în vedere:

a) diagnosticul minuțios al formei și fazei de evoluție a fibromului, care trebuie să constituie baza tratamentului;

b) regresiunea spontană posibilă a tumorii în menopauză, fiind vorba de o *regresiune* a fundului uterin, din punct de vedere *clinic, nu o dispariție histologică;*

c) evoluția mai lentă a nodulilor mai mici;

d) rezultatele insuficiente ale tratamentului medical;

e) există un risc de mortalitate postoperatorie într-un procent de 2—3% din cazuri prin complicațiile inerente.

Tratamentul medical (conservativ) se aplică în:

— fibromul uterin fără hemoragii abundente,

— fibromul uterin fără fenomene dureroase,

— fibromul uterin fără fenomene de compresiune,

— fibromul uterin care *nu* are tendință la creștere rapidă,

— la femei cu stare generală alterată sau care prezintă organopatii ce contraindică operația.

Tratamentul conservativ constă în *instituirea* unui regim *igieno-dietetic*, prin care să se evite congestia pelviană; *local* se vor aplica *irigații fierbinți*, vaginale în hemoragii rebele la tratament și care sînt în cantitate moderată.

Tratament medicamentos cu stiptice; se vor administra: ergotamin (ergomet), venostat, adrenostazin, hihrastis canadensis, hamamelis virginica. Ergotamina se poate administra și sub formă de extract fluid de „Secale cornutum" (de 3×10—15 picături pe zi).

Scanned with OKEN Scanner

Tratament medicamentos cu hemostatice și coagulante. Dintre hemostatice amintim calciul, vitamina K, vitamina C, iar dintre coagulante Coagulenul, Sangostopul, Claudenul, Hemofobinul etc.

Hormono-terapia constă în administrarea preparatelor antagoniste. Amintim *Testosteronul, Lutestanul* (în doze de 100—250 mg, repartizate fracționat la 2—3 zile 1 fiolă). Dintre preparatele sintetice amintim pe acelea din grupa *19 Nortesto-steroizilor* care au efecte bune. Astfel vom administra *Orgametrilul* și *Madiolul.* Recent apărute amintim: *Clortestosteronacetatul* (din 3 în 3 zile 1 fiolă, total 6 fiole), *Medroxiprogesteronul* (per oral) și *Acetoxiprogesteron* (per oral).

Tratamentul radiologic constă în radio- și röntgenterapie, în doze de castrare, care duc la oprirea hemoragiei și la regresiunea fibromului uterin.

• *Tratamentul chirurgical* se va individualiza de la caz la caz. În aplicarea lui se va avea în vedere pe cît posibil păstrarea funcționalității sferei genitale.

Dintre procedeele chirurgicale amintim:

— *Chiuretajul,* aplicat în scop hemostatic și bioptic. Este un tratament, de multe ori, provizoriu.

— *Miomectomia* se aplică în fibroamele cu localizare subseroasă și în fibroamele solitare, intramurale. Se mai preconizează miometrectomia (Aburel).

— *Histerectomia fundică* practicată sub următoarele variante: histerectomie supratuboligamentară, tip. Sweifel, subtuboligamentară Beuttner și histerectomia intermediară, tip Soresi-Brocq.

— *Histerectomia supraistmică* se practică deasupra istmului și se poate face cu păstrarea anexelor sau extirparea anexelor.

— *Histerectomia subtotală* aplicată la femei mai tinere și cînd colul uterin este indemn. Se execută cu păstrarea anexelor, fiind o histerectomie interanexială, sau cu extirparea anexelor, atunci cînd acestea sînt alterate.

— *Histerectomia totală* practicată în cazul femeilor trecute de vîrsta de 45 de ani și în toate cazurile în care colul uterin prezintă leziuni cu un potențial de malignizare în perspectivă. Avînd în vedere posibilitatea apariției unui neoplasm pe bont restant, numeroși autori opiniază pentru histerectomia totală în cazul fibromului uterin. Ea poate să se practice cu extirparea sau păstrarea anexelor.

FIBROMUL UTERIN ȘI SARCINA

Asocierea fibromului uterin cu sarcina este destul de frecventă și, sarcina se acomodează destul de bine. Cînd există dorința de a duce la termen sarcina, atitudinea medicului este de expectativă. Se pun în discuție, în cazul asocierii fibromului cu sarcina, două probleme:

Acțiunea sarcinii asupra fibromului. În general, sarcina hipertrofiază fibromul uterin. Hipertrofia se manifestă mai ales la fibroamele subseroase; cel interstițial se ramolește, suferind modificările uterului gravid. Are o tendință spre ascensiune. Dar e posibil să și coboare — în virtutea greutății — în masa musculară care este „ramolită", astfel că un *nodul al corpului* poate deveni ușor al regiunii *istmice,* avînd o localizare *praevia.*

• Nu se intervine în fibromul asociat cu sarcina. Dacă fibromul nu este *praevia* și uterul nu este prea mult degradat, nașterea poate avea loc pe cale naturală.

Scanned with OKEN Scanner

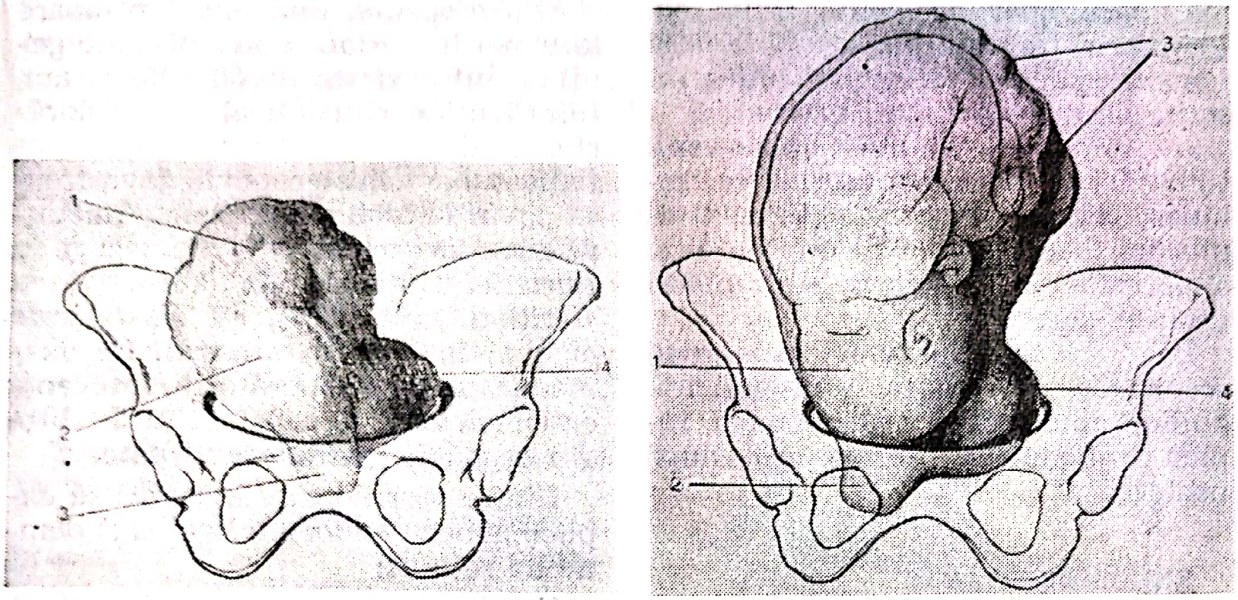


Fig. 87 — *Fibromiom uterin şi sarcină* (după Bumm):
a — în luna a III-a; *b* — în luna a IX-a: *1* — craniul; *2* — colul; *3* — noduli fibromiomatoşi fundici; *4* — miom praevia.

Acţiunea fibromului asupra sarcinii. În prezenţa unei fibromatoze uterine fecundaţia este probabilă; uneori *nidaţia* oului este extrauterină. Gestaţia este compatibilă cu sarcina pînă la termen. Există însă şi complicaţii printre care amintim: *avortul; naşterea prematură; inserţie praevia a placentei; prezentaţii vicioase* etc.

• Fibromul uterin localizat pe segmentul inferior poate constitui o *tumoră praevia* şi poate împiedica naşterea pe cale naturală, în care caz se recurge la secţiune cezariană. În timpul sarcinii se intervine nu-

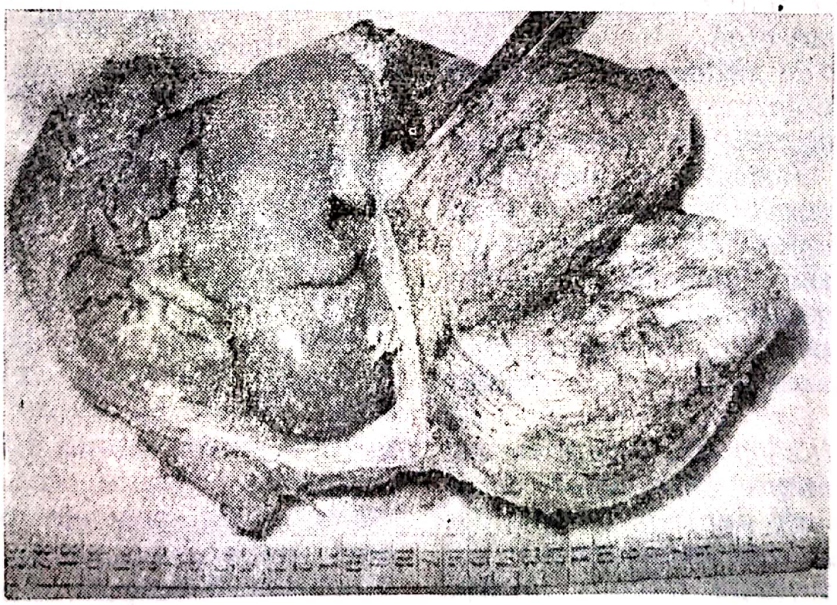


Fig. 88 — *Distocie prin fibromiomatoză uterină* (colecţia Clinicii).

Scanned with OKEN Scanner

mai dacă apar accidente acute ca: *torsiunea fibromului, necrobioza* și *fenomene degenerative ischemice însoțite de dureri și stări toxice.*

În timpul travaliului pot surveni: tulburări de dinamică uterină ce trebuiesc corectate cu prudență, rupturi uterine, hemoragii ale delivrenței și a perioadei a IV-a care sînt uneori greu de stăpînit.

În *lăuzie* pot surveni: hemoragii secundare, necrobioză la nivelul nodulilor fibromatoși, regresiunea rapidă a nodulilor fibromatoși, după naștere.

ENDOMETRIOZA

Prin endometrioză înțelegem prezența *țesutului glandular endometrial* cu o localizare ectopică. După Brocq endometrioza sau endometriomul constituie o *neoplazie benignă* (un uter în miniatură, un uter ectopic).

Primul care a descris glande endocrine în fibromul uterin a fost Victor Babeș, în anul 1882, deci înaintea lui Cullen și Reklinghausen. O serie de medici români au adus contribuții importante la clarificarea etiologiei și clinicii bolii (Daniel, Săvulescu, Wasserman etc.).

Din punct de vedere anatomo-patologic, deosebim:

Forma localizată sau nodulară (endometriom). Această formă simulează o *tumoare incapsulată,* formată din țesut miometrial, în care se găsesc numeroase glande de tip uterin, glande care participă la ciclul menstrual (prin prezența unei secreții de sînge negru asemănător cu drojdia de cafea).

Forma difuză este alcătuită din aceleași elemente histologice ca și forma nodulară dar, spre deosebire de aceasta, nu este incapsulată ci infiltrează țesuturile vecine imitînd aspectul cancerului.

Etiopatogenia. Endometrioza apare la femei în perioada de activitate genitală între vîrsta de 30—45 de ani, *Intervențiile* chirurgicale și explorările genitale (prin chiuretaj, insuflație tubară, histeropexii, favorizează apariția endometriozei). Afecțiunea se asociază în 50% din cazuri cu *fibromul uterin,* în 30—50%, cu *sterilitatea,* în 20%, cu *chistele de ovar* și în 5%, cu *cancerul.* La examenul pieselor operatorii, frecvența endometriozei se constată în 5—10% din organele genitale extirpate.

Dintre teoriile care încearcă să explice geneza endometriozei sînt demne de reținut:

Teoria metaplazică a lui Ivanov. După această teorie, peritoneul se naște împreună cu epiteliul organelor genitale din cavitatea celomică. Din acest motiv el păstrează un potențial de transformare endometrială sub influența a o serie de factori, printre care amintim: *discriniile, traumatismele, iritațiile, inflamațiile* etc.;

Teoria grefei endometriale; această teorie pare mai plauzibilă, motiv pentru care este mai acceptată putînd explica diversele localizări ale endometriozei;

Au mai existat o serie de teorii pe bază embrionară emise de Conheim și alții, teorii localiciste. După aceste teorii, endometrioza se formează din resturi ale canalelor lui Wolff și Müller. Studiindu-se endometrioza miometrului s-a observat o stromă epitelială, care face legătura între endometrul normal și cel ectropionat. După Philip și Huber, endometrul porțiunii interstițiale a trompelor ar migra, în anumite condiții, transfixiant prin peretele trompei spre cavitatea abdominală în care se implantează. Teoria nu a putut fi verificată.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologia. Tabloul clinic al endometriozei nu este caracteristic, ci variază cu localizarea și forma endometriozei (nodulară sau infiltrativă) cît și în raport cu vîrsta pacientei.

Simptomele principale sînt:

a) *dismenoreea tardivă* și violentă, care apare în a doua fază a menstruației;

b) *menometroragiile,* care se întîlnesc frecvent, fără a fi însă caracteristice;

c) *sterilitatea,* prezentă aproape la toate cazurile;

d) *tulburări în tranzitul intestinal,* prezente mai ales în formele de localizare pe tubul digestiv (intestine);

e) *incompleta dezvoltare a caracterelor sexuale* secundare, frecvent întîlnită.

Celioscopia sau *laparoscopia* dau posibilitatea stabilirii diagnosticului de siguranță în cazurile incerte.

Diagnosticul diferențial se face cu *fibromul uterin, cancerul corpului uterin, tumorile ovariene* și cu *sarcina extrauterină,* în cazul ruperii unui endometriom în cavitatea peritoneală.

În raport cu *localizarea,* deosebim următoarele forme clinice:

Endometrioza uterină caracterizată de *dismenoree tardivă,* în a 2—3-a zi de menstruație. *Polimenoreea,* alături de prezența *sterilității* și absența semnelor de infecție, pe lîngă un uter mai mare, congestiv, cu formațiuni nodulare localizate cu predilecție spre coarnele uterine, pun diagnosticul de endometrioză uterină.

Endometrioza ovariană. Anatomopatologic se prezintă cu aspect de mici chiste albăstrui sau sub formă de chiste hematice mari cu conținut șocolatiu sau prin prezența unui hematocel pelvian. Se constată congestia anexelor în timpul menstruației, dismenoree tardivă, care pot simula o anexită subacută sau chiar un abdomen acut asemănător cu sarcina extrauterină.

Endometrioza tubară, caracterizată prin *dismenoree, prezența unei tumori* în regiunea interstițială a trompei, *sterilitate,* se asociază, relativ frecvent, cu sarcina extrauterină.

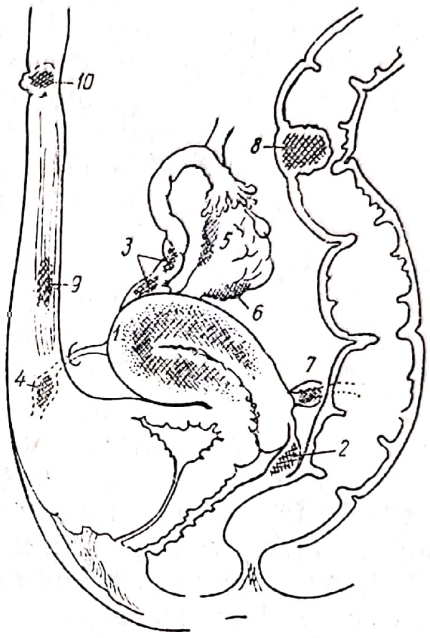


Fig. 89 — *Endometrioza.* Diferite puncte de localizare (după Cullen): *1* — fundul uterin; *2* — domul vaginal; *3* — tubară; *4* — emergența ligamentului rotund; *5, 6* — ovariană; *7* — ligamentele sacro-uterine; *8* — intestin gros; *9* — peretele abdominal; *10* — ombilic.

• *Endometrioza spațiului rectovaginal* constituie singura formă de *endometrioză gravă,* cu o simptomatologie extrem de zgomotoasă. Durerea, semnul cei mai pregnant, este consecința afectării plexului pelviperitoneal și este localizată în abdomenul inferior cu iradiere spre rect, vezică, lombe și membrele inferioare. De asemenea tenesmele vezicale, rectale cît și dispareunia sînt frecvent întîlnite. Hemoragia vaginală cu anemie secundară, este un alt semn important și este consecința unei forme nodulare (cînd o serie de noduli de endometrioză invadează Douglas-ul

Scanned with OKEN Scanner

și fața posterioară a colului uterin). În evoluția lor se însoțesc de o anemie pronunțată și de cașexie.

• *Endometrioza cu alte localizări* nu este caracteristică și dă fenomene clinice în raport cu organul interesat. Astfel *endometrioza vezicală* dă fenomene de cistită și hematurie menstruală pe primul plan; *endometrioza intestinală* imită un cancer sau o tuberculoză intestinală, cu fenomene de subileus, care se accentuează la menstruație; *endometrioza plăgii operatorii* se prezintă sub aspect de noduli mici, hematici și dureroși, care sîngerează sau prezintă echimoze în timpul menstruației; *inghinală,* e destul de rară; *ombilicală,* cu echimoze periombilicale în timpul menstruației; *pulmonară,* care poate da hemoptizii în timpul menstruației; *nazală* dă epistaxis în timpul menstruației; *endometrioza membrelor* și a *regiunii lombare* (rare).

Tratamentul. Tratamentul preventiv. Pentru prevenirea bolii se vor corecta retrodeviațiile uterine, se va înlătura terapia neindicată cu estrogeni și se vor executa corect manevrele intrauterine. De asemenea intervențiile chirurgicale, cu deschiderea cavității uterine se vor face cu grijă.

Tratamentul medical este simptomatic, urmărindu-se calmarea acuzelor dureroase. *Tratamentul hormonal constă* în administrare de testosteron 200—500 mg pe lună, asociat cu progesteron sau sub formă de testolutan forte, madiol, medroxiprogesteron, acetoxiprogesteron; *Röntgencastrația,* în scopul inhibării funcției ovariene, dă uneori rezultate bune. În cazuri extreme se impune *tratamentul chirurgical* cu exereza organului sau segmentului de organ afectat de procesul de endometrioză.

TUMORI GENITALE MALIGNE

TUMORI MALIGNE VULVARE

Sînt reprezentate prin: *epiteliom* cu punct de plecare din epiteliile de înveliș existente în piele, mucoase și glandele vulvare; *sarcom,* cu punct de plecare în țesutul conjunctiv vulvar.

Epiteliomul vulvar este o afecțiune rară (2—3%) care apare la femei în jurul vîrstei de 60 ani. Se consideră ca factori favorizanți, *vîrsta* (post-menopauză) și *diskeratozele benigne* locale. Astfel, procesul tumoral se dezvoltă cu predilecție pe un teren favorizat de leziuni preexistente (iritate și neglijate, cu evoluție cronică: vulvita cronică, kraurosis, leucoplazie, boală Paget, boala Bowen. Aceste leziuni sînt asociate de *prurit vulvar* cu distrugerea elementelor elastice și infiltrarea țesutului conjunctiv subepitelial.

Din punct de vedere anatomopatologic, poate interesa toate elementele vulvei, avînd o structură histologică spinocelulară cu evoluție foarte malignă sau bazocelulară cu prognostic ceva mai bun.

Diagnosticul clinic constă din examenul clinic, anamneză, inspecția și palparea leziunii și a ganglionilor inghinali. Dintre metodele paraclinice, *citodiagnosticul* are un randament scăzut față de *biopsie,* care este obligatorie în toate cazurile. Ne orientăm după aspectul leziunii, dez-

Scanned with OKEN Scanner

voltarea lentă, evoluţia cronică, prurit şi induraţia ţesuturilor.

Formele clinice: 1) *Cancerul vulvar intraepitelial* („in situ") este forma neinvazivă, săracă în fenomene clinice. Pielea apare normală sau decolorată, albicioasă, asociată, uneori de prurit şi reducerea elasticităţii ţesuturilor. În realitate acest stadiu preclinic poate fi diagnosticat numai prin examen bioptic.

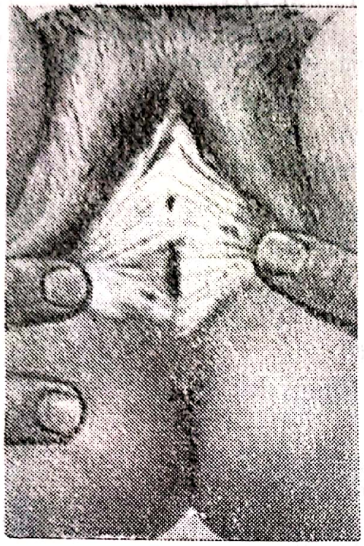


Fig. 90 — *Kraurosis vulvaris* (după. Pschyrembel).

Fig. 91 — *Carcinomul vulvar* (după Pschyrembel).

2) *Forma ulceroasă,* mai frecventă la nivelul labiilor mici şi clitoris, apare sub aspectul unui nodul indurat, din care procesul se extinde în suprafaţă, sub forma unor muguri cărnoşi, care se exulcerează.

3) *Forma verucoasă* are o dezvoltare predominant exofitică.

4) *Forma schiroasă,* cu aspect infiltrativ, dur.

Extinderea procesului tumoral este rapidă datorită reţelei limfatice bogate. Primii ganglioni invadaţi sînt cei inghinali, urmaţi de iliaci, hipogastrici. După gradul de invazie există 4 stadii clinice, din care primele două interesează strict vulva.

Diagnosticul diferenţial. În stadiul iniţial se face cu ulcerul vulvar acut, sifilisul, tuberculoza, papilomul, carioepiteliomul. Diagnosticul de certitudine se bazează pe examenul histopatologic.

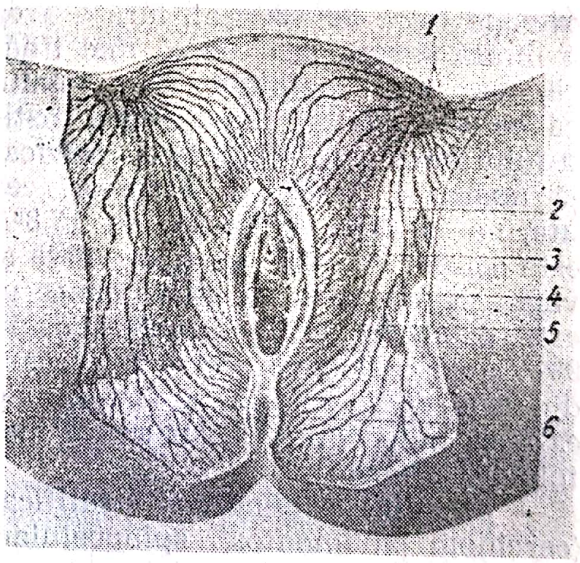


Fig. 92 — *Căile limfatice de propagare ale cancerului vulvar* (după Pschyrembel):
1 — grup ganglionar inghinal extern; *2* — clitoris; *3* — meat urinar; *4* — labiile mici; *5* — introitul vaginal; *6* — anus.

Tratamentul este complex radiochirurgical şi radiologic.. Se extirpă vulva (vulvectomie) şi ganglionii re-

gionali. Tratamentul cu *raze X* este mai puțin eficace decît *radiumterapia.* Reușita terapiei și prognosticul pentru bolnavă sînt legate de depistarea precoce a procesului tumoral în stadiul inițial, care să excludă metastazarea ganglionară. *Profilaxia* este axată pe depistarea leziunilor locale.

CANCERUL UTERIN

Poate să fie localizat la *col* sau la *corpul* uterin.

CANCERUL COLULUI UTERIN

Cancerul colului uterin constituie cea mai frecventă localizare a neoplaziilor la femeie. Ocupă locul al II-lea printre cauzele de deces feminin, depășind mortalitatea prin cancer față de bărbat. Apare cu predilecție între 30—50 ani, fără a avea o limită severă la o vîrstă mai tînără, sau mai înaintată. Din totalul cancerului genital, după datele Institutului oncologic, localizarea cervicală apare în 71,2% a cazurilor, cea uterină în 15% și restul de 13,8% este ocupat de ovar, trompă, vulvă și vagin. La nivelul colului cancerul este o *neoformațiune epitelială,* în 99% a cazurilor, cu punct de plecare din cele două epitelii de înveliș ale *exo-* și *endocolului* cu structură histologică diferită:

— *epiteliul pavimentos* stratificat (carcinom pavimentos, spinocelular, bazocelular și nediferențiat);

— *epiteliul cilindric* (adenocarcinom);

— în 1% din cazuri are o origine din *țesutul conjunctiv,* realizînd forma malignă numită *sarcom.*

În majoritatea cazurilor, debutul cancerizării colului are loc la *nivelul orificiului extern* („zona de pericol"), în zona de joncțiune între cele două epitelii *pavimentos exocervical* și *cilindric endocervical.* Această zonă este constituită din celule tinere nediferențiate — care se găsesc în instabilitate și sînt extrem de sensibile față de iritațiile cronice, ce pot declanșa transformarea lor în celule tumorale, realizînd tipul celular de *epiteliom nediferențiat* sau *diferențiat spinocelular,* în 94% din cazuri.

Cancerizarea mai poate avea punct de plecare la nivelul *mucoasei endocervicale,* realizînd așa-zisul epiteliom cilindric sau glandular în 6% a cazurilor.

• Diferențierea *citologică* a cancerului de col uterin are importanță în *orientarea terapeutică radiologică* și prognostică. Cancerul glandular este radio-rezistent și cu posibilități de metastazare mai rapid decît cel exocervical.

Etiopatogenia cancerului de col uterin nu este lămurită, ca — dealtfel — a cancerului în general. Au fost multe *teorii* care au încercat să explice *geneza proceselor maligne,* începînd cu vechea teorie a *iritației* și sfîrșind cu *teoria parazitară, teoria endocrină, teoria alimentară, teoria carențelor în ioni* (Mg, Ca etc.), recent *teoria virusală.* S-a ajuns la convingerea că mecanismul cancerizări este legat de terenul neuro-endocrino-metabolic (îndeosebi *metabolismul intim celular viciat).* Însăși structura morfofuncțională și așezarea în plin țesut conjunctiv — intens vascularizat — la care se adaugă inflamațiile cronice, traumatismele obstetricale, mecanice, chimice și tulburările hormonale, constituie elemente care *solicită colul în mod permanent, putînd modifica proliferarea și regenerarea țesuturilor* de înveliș amintite, intervenind în procesul cancerizării. Se pare că această „dezordine celulară" are la bază o *tulburare de metabolism intim celu-*

Scanned with OKEN Scanner

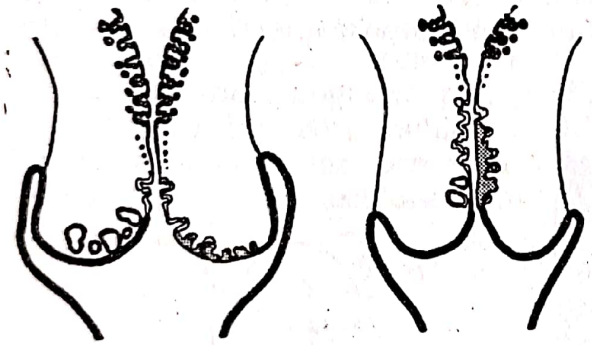
lar, indiferent de cauza iritației (dată de paraziți, hormoni, virusuri etc.).

Cancerul de col se dezvoltă întotdeuna *pe o leziune* preexistentă a epiteliului, aparentă sau inaparentă din punct de vedere clinic (o eroziune adevărată, ectopie etc.). Sub denumirea de *displazie o colului uterin (leziuni atipice ale colului uterin, „col lezional")* înțelegem o stare precanceroasă.

Cancerul de col uterin *se propagă* prin următoarele căi:

— *prin continuitate:* de la țesut la țesut ca un „foc care cuprinde un lan"; prin *infiltrare limfatică,* o cale preferată a cancerului; prin salturi *metastatice.* În acest fel invadează parametrele, sistemul limfatic, organele și țesuturile vecine.

• *Clasificarea stadială.* Este o clasificare *anatomo-clinică.* În funcție de extinderea procesului canceros s-au stabilit, la Congresul de la Geneva (1937), patru stadii clinice, care au caractere *invazive.* Ulterior,



a *b*

Fig. 93 — *Cancerul colului uterin* (după Pschyrembel): linia închisă — epiteliu sănătos; linia punctată — cancer in situ

a — în perioada adultă; *b* — în menopauză.

la Congresul de la Alger (1952) s-au stabilit încă *două stadii:*

— carcinomul *„intraepitelial"* sau cancerul *„O"* sau cancerul *„in situ",* care NU ARE CARACTER INVAZIV, interesînd numai *învelișul epitelial;*

— a doua formă — CU CARACTER INVAZIV foarte incipient — invizibil cu ochiul liber, este denumit *„microcancer",* descris de Mestwerdt. Acesta este un cancer de dimensiuni mici, *rupe membrana bazală a epiteliului în înveliș* — deci este prima formă a cancerului INVAZIV și precede stadiul I.

• *Cancerul intraepitelial* (sau „O") și *„microcancerul" de col* sînt lipsite de simptomatologie și *nu pot fi confirmate decît prin examen histopatologic.*

• *Cele patru stadii* clinice au caractere *invazive* nete și cu *manifestări clinice,* pot fi depistate prin *metode clinice, metode paraclinice* și *confirmate histologic* (biopsie).

Stadiul I clinic este *operabil,* pentru că leziunea interesează *strict colul, fără metastaze* ganglionare obligatorii. Tratamentul radical al acestei forme duce la vindecare, pînă la 85% din cazuri.

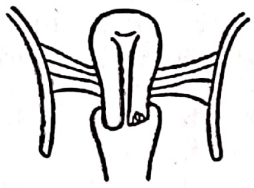


Fig. 94 — *Cancerul de col uterin* (după Pschyrembel). Stadiul I clinic. Localizarea este strict cervicală.

Stadiul II clinic, considerat *încă operabil,* este forma în care *procesul tumoral depășește limitele colului,* invadînd unul din parametre sau ambele, fără să intereseze peretele pel-

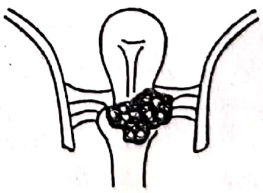


Fig. 95 — *Cancerul de col uterin* (după Pschyrembel). Stadiul II clinic. Localizarea interesează parametrul fără peretele pelvin.

Scanned with OKEN Scanner

vian, limitînd în oarecare măsură mobilitatea uterului.

După direcţia organului spre care evoluează, deosebim: stadiul II *parametru;* stadiul II *vagin;* stadiul II *corp uterin.*

Stadiul III clinic este *forma inoperabilă* pentru că procesul malign

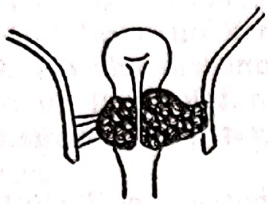


Fig. 96 — *Cancerul de col uterin* (după Pschyrembel). Stadiul III clinic. Localizarea interesează parametrul şi peretele pelvin.

prinde ambele parametre şi peretele pelvin. *Uterul îşi pierde mobilitatea, ganglionii regionali din jurul vaselor mari sînt induraţi* şi se pot palpa înapoia uterului. Sînt trei forme, după aceleaşi consideraţiuni: stadiul III *parametru;* stadiul III *vagin;* stadiul III *metastază pelviană.*

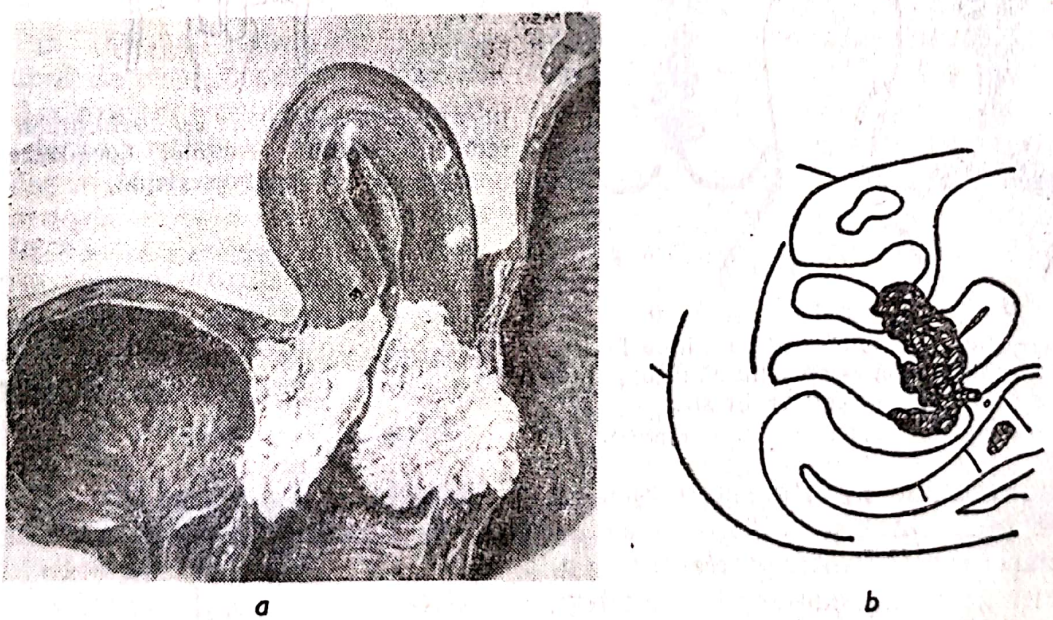
• *Stadiul IV clinic,* în care procesul tumoral *invadează organele învecinate.* Diferenţiem trei forme: stadiul IV *vezică,* stadiul IV *rect,* stadiul IV *metastază la distanţă.*

Diseminarea — metastazarea — se produce pe cale directă prin vasele sanguine sau indirect pe cale limfatică în ficat, plămîn, creier, rinichi, miocard şi oase.

Extinderea procesului malign se produce prin contiguitate, mai mult prin căi limfatice.

Diagnosticul precoce al cancerului de col uterin ne obligă să controlăm diversele leziuni cervicale, care pot ascunde un început al etapei maligne (precancer) ca: *displaziile* epiteliale, *eroziunile* inflamatorii cronicizate, cu tendinţă la extindere, cu tendinţă de *recidivă,* cu *hipertrofii polipoase,* cu *zonele de remaniere* cu *insule erodate,* zone *iod negative* cu *conturul net* şi cu *vase* în „tirbuşon", neregulate şi sîngerînde la atingere, numeric crescute.

Pentru diagnosticul precoce este necesar controlul periodic genital la *femeile trecute de 25 ani;* la cazurile *suspecte* (colposcopie şi examen cito-



a *b*

Fig. 97 *a* — *Cancer de col uterin* (după Pschyrembel). Stadiul IV interesînd organele vecine (vezică şi rect), *b* — *Cancerul de col uterin* (după Pschyrembel). Stadiul IV clinic. Localizarea interesează vezica şi rectul.

logic) care trebuiesc dispensarizate, executarea unei *biopsii ţintite* din locul suspect este singura metodă care poate preciza diagnosticul.

• Practic:

a) *măsuri organizatorice: catagrafierea* femeilor care au depăşit 25 de ani; *educaţia sanitară* prin conferinţe, presă, radio, şi televiziune.

b) *metode de depistare şi diagnostic al cancerului de col:* Există metode de *detectare* şi de *precizare*. Ele se completează reciproc şi se succed cronologic: examenul clinic, examinări paraclinice (testul Lahm-Schiller), colposcopia, citodiagnosticul, examenul bioptic, histerografia, histeroscopia).

Examenul clinic are importanţă în depistarea cancerului incipient printr-o anamneză atentă şi examen genital complet.

Examinările paraclinice completează examenul clinic.

Testul Lahm-Schiller constă din badijonarea exocolului cu soluţie de lugol concentrată (după ce în prealabil am şters secreţiile cu un tampon de vată uscat). Colurile cu epiteliu intact, sănătos, bogat în *glicogen*, se vor colora în brun închis uniform; cele patologice vor prezenta insule roşii, gălbui sau necolorate, în funcţie de leziune şi de vîrsta bolnavei.

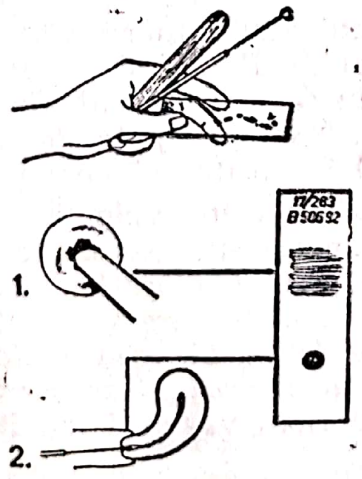


Fig. 98 — *Citodiagnosticul.* Metode de recoltare (colecţia Clincii)

Colposcopia este o metodă de investigaţie ginecologică curentă, care permite studiul dinamic a leziunilor colului uterin, prin obţinerea unei imagini stereotipice mărită de 10—30 de ori. Metoda are avantajul că *recunoaşte benignitatea leziunilor, descoperă displaziile epiteliale,* evidenţiază cele *suspecte* şi permite *biopsia ţintită.* Dezavantajul metodei constă în faptul că nu poate fi aplicată leziunilor endocervicale şi nu poate confirma malignitatea lor.

Citodiagnosticul evidenţiază celule tumorale în frotiurile colorate (metoda Babeş—Papanicolau), relevă celule diskariotice de tip III cu citoplasmă redusă, hipercromă bazofilă, modificări mai evidente apărînd la nivelul nucleilor (hipercromi neregulaţi, atipici, măriţi de volum, cu frecvente mitoze atipice).

Examenul histopatologic este metoda care confirmă malignitatea. Fără acest examen nu se aplică terapia anticanceroasă. (Biopsia este de două feluri: biopsia-diagnostic, care se face pentru precizarea naturii leziunii şi biopsia exereză, cînd se extirpă în întregime leziunea şi se examinează în secţiuni seriate întreaga piesă).

Histerografia este o metodă radiologică de explorare a cavităţii cervico-uterine depistînd imaginile suspecte şi locul leziunii.

Histeroscopia este tot o metodă radiologică care completează examenul histerografic, permiţînd prelevarea unui fragment bioptic de la nivelul leziunii.

Diagnosticul cancerului invaziv. Principalele simptome sînt:

1. Simptome de *debut clinic* (stadiul I);

2. Simptome ale *cancerului avansat* sau simptome tardive ale cancerului de col uterin (stadiul II, III şi IV).

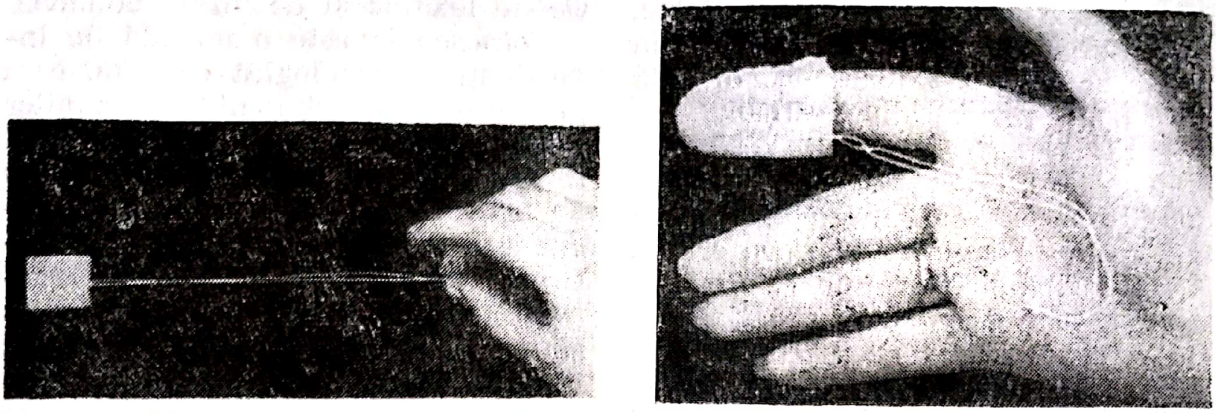


Fig. 99 — *Metode de autorecoltare pentru frotiul, vaginal,* după prof. I. Chiricuță (Self-Screening)

1. *Simptomele de debut clinic* se caracterizează prin apariția unei *leucorei,* care, după microtraumatisme (irigații, act sexual, tușeu digital, constipație etc.) este *pătată cu sînge,* precede sau însoțește hemoragia; *hemoragia* apare în afara menstruației. Menstruațiile sînt mai *abundente* și mai *prelungite* (menoragii) și apoi devin *neregulate,* păstrînd aceeași *abundență* (metroragii). Hemoragia este suspectă în menopauză. De notat *friabilitatea vasculară* accentuată (la cea mai mică atingere, irigații vaginale, tact vaginal etc.) femeia sîngerează; *durerea* este cu totul neînsemnată în această fază (și pare mai mult o jenă de corp străin) iar, uneori, poate lipsi total.

La *examenul local vizual,* cu ajutorul a două valve, se constată existența unei zone erodate cu margini bine conturate, de culoare roșietică-murdară-gălbuie; la *tușeul vaginal* apare *forma nodulară,* un mic nodul *dur,* care face corp comun cu masa colului uterin.

Într-o fază mai avansată evoluează spre:

— *forma infiltrativă;* colul are o *mobilitate* dar este *turgescent, hipertrofiat* și de o *duritate* evidentă; tumora are o suprafață *friabilă foarte hemoragică.* Cercetarea friabilității se face cu ajutorul unui stilet, prin presarea suprafeței; pătrunderea cu ușurință, pînă la țesut sănătos — ca în brînză —, constituie *semn de malignitate,* semnul lui LAROYENNE-CHROBAK.

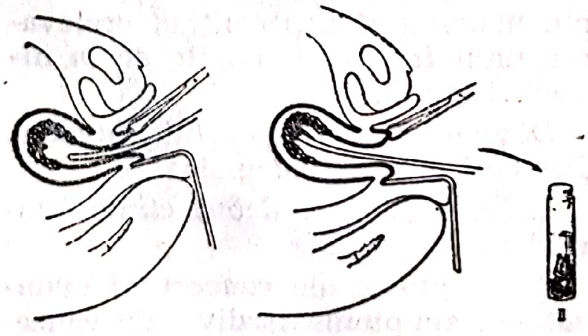


Fig. 100 — *Controlul biopsic al cancerului de col și de corp.*

2. *Simptomele cancerului de col avansat* sau simptomele tardive ale cancerului colului uterin sînt aceleași în stadiul II, III, IV și se conturează din ce în ce mai evident. Se adaugă *durerea, caşexia* și *fistulele* care dau aspectul îngrozitor al boalei.

Leucoreea este evidentă și *abundentă* (uneori sub formă de vomică uterină), discret colorată în roșu dînd *aspectul apei în care s-a spălat carnea* și e *fetidă* din cauza *ulcerației,* care se *necrozează* și *se suprainfectează* cu floră vaginală facultativ anaerobă.

Hemoragia este din ce în ce mai *abundentă* și mai *capricioasă* pe mă-

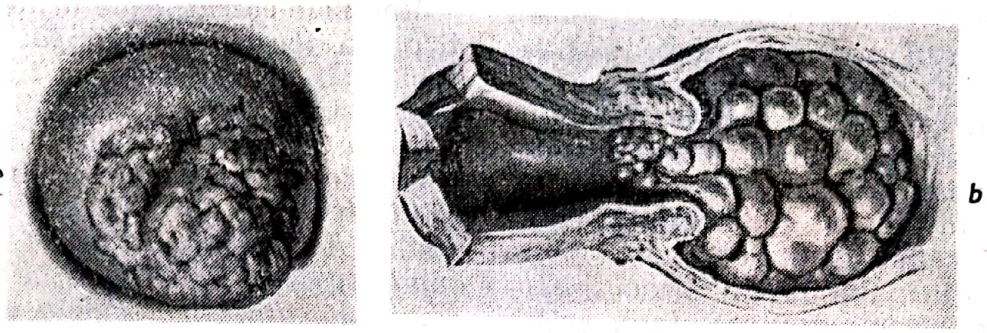


Fig. 101 a — *Cancerul exofitic al colului uterin*, formă vegetantă (după Pschyrembel), b — *Cancerul de col uterin*, formă vegetantă (exofitică) (după Stoekel).

sură ce procesul malign avansează. Bolnava se anemiază treptat.

Durerea devine din ce în ce mai *violentă*, astfel că, în stadiul IV, este *aproape insuportabilă*. Durerea se datorește extinderii procesului malign, care *comprimă* și mai ales *infiltrează* toate *plexurile nervoase*. Cuprinde întregul bazin, cu *extinderi* în lombe, și mai ales pe traiectul sciaticului.

La tușeul vaginal constatăm o *induraţie* a organelor genitale și, în jurul lor, pe măsură ce cancerul se extinde, un aspect *„cartonat" al ţesuturilor;* din forma *nodulară* și apoi *infiltrativă* cancerul colului uterin evoluează spre una din formele mai avansate:

a) forma *vegetantă* (exofitică), care creşte treptat *umplînd vaginul*. Este o masă *papilară, burgeonată, friabilă,* puternic vascularizată (vase de neoformaţie) cu tendinţă la *sîngerare și ramolire*. Se mai numesc și tumori *conopidiforme,* din cauza asemănării lor cu conopida.

b) forma *ulcerativă* (endofitică) este o ulceraţie care evoluează în profunzime pe măsură ce procesul avansează. Acestei forme i s-a dat denumirea de cancer „rac" în sensul sugestiv de pătrundere ca racul. Întrucît seamănă cu un „crater de vulcan" se numește și tumoră *craterifformă.*

Forma ulcerativă este *mult mai agresivă* decît forma vegetantă.

c) *forma schiroasă,* cu evoluţie intramurală, endofitică, spre canalul cervical și cavitatea uterină (greu de diferenţiat de un nodul fibromatos).

Starea generală se alterează treptat, pe măsură ce cancerul colului uterin progresează, bolnava devine *palidă,* datorită *impregnării canceroase toxice* și *anemiei* (din cauza hemoragiilor repetate), caracterul *palidității „de pai"* este tipic în cancer. Anorexia este selectivă, mai ales pentru carne și pîine. Bolnava *slăbește progresiv* în forţe fizice și psihice. Este astenică, și ajunge relativ rapid la caşexie.

• Hemoragiile repetate, leucoreile fetide, durerile violente, caşexia extremă, la care se adaugă fistule recto-vezico-vaginale, constituie tabloul final al unei bolnave de cancer de col uterin.

Evoluţia și prognosticul depind de depistarea precoce; în stadiile pre-

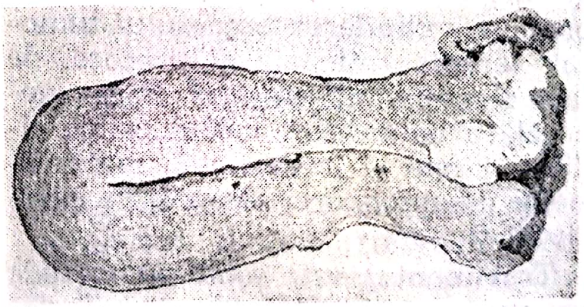


Fig. 102 — *Cancerul de col uterin*, formă ulcerativă (după Hofmeister).

clinice şi chiar în stadiul I clinic, tratamentul permite supravieţuire mai lungă şi chiar vindecare. Prognosticul este grav cînd procesul tumoral este depistat în stadiul III şi IV, considerate faze inoperabile, deoarece invazia şi metastazarea procesului canceros este extinsă.

Evoluţia depinde de *forma histoclinică:* formele *spinocelulare,* epiteliomul cilindric, sînt mai agresive şi radio-rezistente; forma *schiroasă* — cu vase mai puţine — este mai puţin activă; forma *clinică ulcerativă* duce la deces mult mai repede decît *forma vegetantă* (papilară).

Evoluţia este *invers proporţională cu vîrsta,* cu cît bolnava este mai tînără are un prognostic mai grav. Există în unele cazuri, la tinere, o evoluţie a cancerului *în cîteva luni* (cancer „acut"). La femeia în vîrstă (forma schiroasă) cancerul colului uterin are o evoluţie mai lungă (2—3 ani). În medie, cancerul colului uterin, netratat, evoluează aproximativ în 2 ani.

Tratamentul cancerului de col uterin este *profilactic, curativ* şi *paliativ.*

Tratamentul profilactic. Este de mult ştiut că valoarea tratamentului este în funcţie de precocitatea diagnosticului.

Colul uterin este accesibil tuturor metodelor de investigaţie şi tratament.

• *Tratamentul curativ* este legat de următoarele condiţii: depistarea precoce, extinderea procesului tumoral, terapia raţională şi precoce, de factori adjuvanţi privind starea generală a bolnavei, moralul psihic ridicat, vîrsta şi integritatea mecanismelor de autoapărare împotriva agresiunii tumorale.

Tratamentul este axat pe *metode chirurgicale, radiologice şi citostatice.*

Metodele chirurgicale urmăresc extirparea *focarului principal* şi a *diseminării* ganglionare în funcţie de cele 6 stadii amintite. În *formele incipiente,* la femei tinere, în *stadiile preclinice se execută amputarea colului uterin.* În *formele mai avansate,* stadiul I clinic, se execută *histerectomie totală simplă* pînă la histerectomie *lărgită.* În formele avansate, *stadiul II,* tratamentul este *radical,* se execută *limfadeno-colpo-histerectomie lărgită* după Wertheim-Toma Ionescu-Brenier. Această metodă constă din *extirparea uterului, anexelor,* parametrelor, ligamentelor uterosacrate cu treimea superioară a vaginului, ganglioni iliaci externi şi hipogastrici, la nevoie iliaci primitivi. Există şi o cale vaginală după Schautha.

Metodele radiologice constau din aplicarea de *radium, röntgen* şi *cobalt. Radium-terapia* se aplică local, endouterin şi intravaginal, cîte 22,5—45 milicurie. Scopul este de a dis-

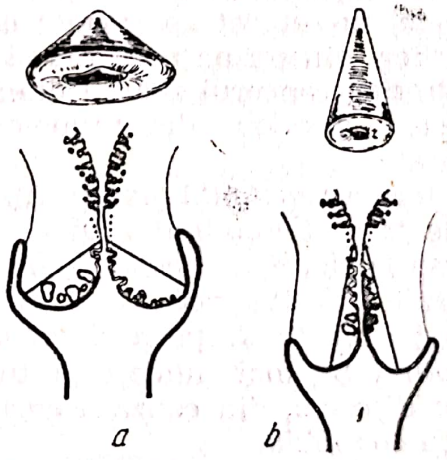


Fig. 103 — *Conizaţia* (după Pschyrembel): *a* — în perioada adultă; *b* — la femeia în vîrstă (menopauză).

truge ţesutul tumoral din focar (cervical) şi propagările din parametru. *Röntgenterapia* poate fi aplicată în mai multe feluri: RT de contact, RT profundă locală şi RT externă per-

Scanned with OKEN Scanner

cutanată. Se fac ședințe zilnice, administrîndu-se preoperator și postoperator, zilnic cîte 200—300 r pe ședință, în cîmpuri anterioare, posterioare, sacrate și perineal. Total se

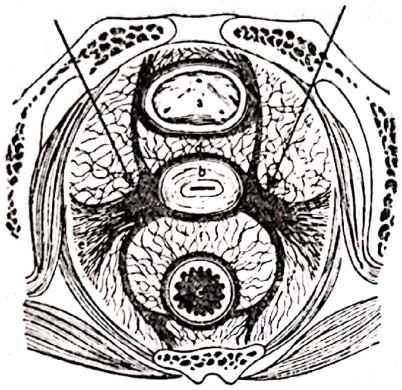


Fig. 104 — *Reprezentarea grafică a sistemului parametral.* Săgeţile indică posibilităţile de infiltrare neoplazică.

administrează 8000—12000 r, doză care realizează în tumoră 500 r, socotită cancericidă.

Tratamentul paleativ se aplică în cazurile avansate inoperabile și constă din radium, röntgenterapie, hemostatice și tonice generale.

În general, tratamentul anticanceros necesită întărirea factorilor de autoapărare prin vitaminizare, antianemice, ridicarea moralului și evitarea eforturilor fizice și psihice.

CANCERUL CORPULUI UTERIN

În comparaţie cu cancerul colului uterin, cancerul corpului uterin este mai rar (15—18%). Este cancerul celei „de a 5-a decade“ sau „cancerul postmenopauzic“ (Forgue). Caracteristicile sale sînt: simptomele fără zgomot, evoluţie lentă. După originea procesului tumoral are 3 forme:

1. *adenocarcinomul,* cu punct de plecare din *endometru,*

2. *sarcomul,* cu punct de plecare din *ţesutul conjunctiv* al stromei endometrului sau a peretelui muscular uterin,

3. *corioepiteliomul,* o formă specială, cu punct de plecare în resturile placentare sau molare.

Adenocarcinomul. Apare mai frecvent la o vîrstă înaintată, în menopauză, atingînd un procent de 10% din totalul cancerelor genitale. Poate fi localizat într-o porţiune delimitată a cavităţii uterine sau poate fi difuz. Dezvoltarea are loc la *suprafaţa mucoasei uterului* și numai în fazele mai avansate interesează miometrul, putînd să ajungă la subseroasă sau la colul uterin.

Etiopatogenie. Predispun la cancerizare o serie de leziuni preexistente ca: endometrita inflamatorie hipertrofică, hiperplaziile neinflamatorii cu cauze hormonale, polipozele, fibro-mioamele. Examenul histopatologic al produsului reclat precizează diagnosticul.

Simptome și diagnostic: Hemoragia apare în afara menstruaţiei și mai ales în menopauza instalată de cel

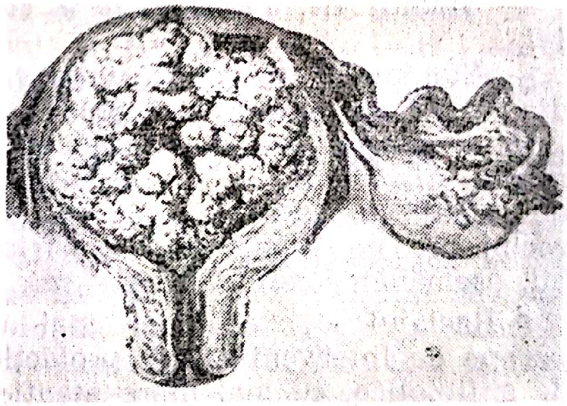


Fig. 105 — *Adenocarcinom al corpului uterin* (după Pschyrembel).

puţin un an și constituie un semnal de alarmă. Aceste hemoragii deseori interpretate ca dereglări hormonale în cadrul climacteriului, nu cedează

Scanned with OKEN Scanner

la tratament conservativ cu stiptice, hemostatice sau hormonal.

Leucoreea pătată cu strii sanguine sau sub forma unei hidrorei, cu miros fetid, care, în stadiile III și IV, la aspectul de *zeamă de carne*, constituie primul simptom suspect, dar nu atît de sigur ca hemoragia din menopauza avansată.

Durerile apar *tardiv* în fazele foarte avansate și au un caracter *inconstant la început*. Uneori apar mai repede, sub formă de *colici*, datorită acumulării intracavitare a secreţiilor hemopurulente, care se evacuează cu greutate dintr-un col închis de procesul tumoral.

La examenul obiectiv, prin tușeul vaginal se constată: uter mărit de volum, moale sau mai dur, nedureros, mobil și fixat (în fazele mai avansate); *histerometria* arată un uter cu cavitate neregulată, mărită, foarte friabilă și hemoragică; HSG descoperă o cavitate *neregulată* cu lacune („golfuri") și mărită.

• Se descriu 4 stadii clinice:

— Stadiul I, procesul este *localizat strict la uter*,

— Stadiul II, *depășește uterul*,

— Stadiul III, *interesează și colul*,

— Stadiul IV, *invadează organele din vecinătate*, vezică, rect etc.

În *diagnostic* are importanţă examenul *histopatologic* al produsului de raclaj; *macroscopic* produsul de raclaj are un aspect albicios, friabil, asemănător *ţesutului cerebral*.

• Raclajul se execută cît mai aproape de intervenţie, sub protecţie de antibiotice, cu mai mare atenţie, pentru a nu produce perforaţie uterină în zonele prinse de procesul tumoral (uterul este moale și friabil).

Diagnosticul diferenţial se face cu *polipii corpului* sau cu *nodulii fibromiomatoși submucoși*, cu *adenomul uterin*, cu *metrita senilă*, *tulburările hormonale*, în faza mai avansată și cu *pelviperitonita* (în caz de suprainfecţie).

Evoluţie și prognostic. Cancerul corpului uterin, spre deosebire de cancerul colului uterin, evoluează mai lent și mai îndelungat („ca un jar în spuză"), din cauza legăturilor limfatice mai sărace ale uterului decît ale colului. Dar netratat, decesul survine la 2—4 ani de la debut.

Tratamentul este complex radiochirurgical, *radical*, ca și în cazul localizării cervicale.

Sarcomul uterin. Este o tumoră malignă rară. Poate surveni la orice vîrstă (mai frecvent între 45—50 de ani). Originea ei este în ţesutul conjunctiv din miometru sau din endometru, realizînd tipurile rotundocelulare, fuzocelulare și mixte: polimorfocelulare. Macroscopic, poate fi circumscris sau difuz, cu evoluţie rapidă și metastazare pe cale sanguină: în plămîn, ficat și peritoneu.

Simptomele sînt dominate de *leucoree și menometroragii* rebele la tratamentul conservativ.

Diagnosticul se bazează pe examenul histopatologic al produsului de raclaj bioptic.

Tratamentul este complex radiochirurgical, ca și în cancerul de col.

• *Corioepiteliomul.* Este o formă particulară de *tumoră malignă*, numită și *placentom malign* sau *deciduom malign*. Are o origine *placentară* — în epiteliul vilozităţilor coriale, ce au rămas în cavitatea uterină după avort, dar mai ales după *molă* hidatiformă. Această *degenerescenţă malignă* placentară este *rară* și debutează în cavitatea uterină la nivelul inserţiei placentei.

Mucoasa uterină este distrusă și invadată de *celule monstruoase sinciţiale* (trofoblastice). Se propagă *hematogen* și invadează *miometrul*, ca-

Scanned with OKEN Scanner

re este foarte friabil cu tendinţă la perforare.

• La examenul *histologic* se constată prezenţa unor mase epiteliale proliferate sinciţiale (elemente ale vilozităţilor coriale placentare).

• Corioepiteliomul survine la femei tinere, în urma unor stări obstetricale şi are evoluţie foarte malignă. În cazurile nedepistate precoce sau netratate, bolnavele sucombă în 2—6 luni prin *metastazare*. Metastazele sînt frecvente şi evoluează rapid, sub forma unor *noduli violacei*, de *consistenţă moale*, hemoragici, care *infiltrează* peretele uterin şi organele preferate: vulvă, vagin, plămîn, creier etc.

Simptomatologie şi diagnostic. Simptomul de bază este *hemoragia cu anemie* secundară, care are unele caracteristici: survine după o *stare obstetricală*, mai ales *molă hidatiformă*. Are semne comune cu *sarcina* (greaţă, vărsături etc.) şi, uneori, fenomene de *hiperemeză*, stare *toxică; reacţia de sarcină este pozitivă;* iar laboratorul arată că titrul *hormonilor gonadotropi* este foarte crescut; *la tuşeul vaginal* găsim uter mărit de volum, uter moale — flasc, neregulat, col întredeschis cu hemoragie murdară, ambele ovare sînt transformate chistic — tumori anexiale cît un pumn de adult (circa 65%).

Biopsia de endometru este obligatorie, confirmă diagnosticul. Chiuretajul trebuie efectuat cu mare atenţie, pentru a nu perfora *uterul moale*. Materialul obţinut se examinează în totalitate pe secţiuni seriate.

Decesul survine în urma *metastazării*, a stărilor de *infecţie, toxice, caşexiei* şi prin alte complicaţii (mai ales renale, la peste 60% din cazuri).

Diagnosticul diferenţial este uşor. Ne gîndim la *corioepiteliom* ori de cîte ori în anamneză găsim un *accident obstetrical*, după care fenomenele de sarcină îşi revin. Apare starea toxică, reacţia de sarcină pozitivă, hemoragii neregulate, abundente. La examenul local găsim uterul şi anexele mărite (tumori anexiale), Coroborate cu *biopsia pozitivă* constituiesc date pentru un diagnostic de precizie. Diagnosticul diferenţial se face cu: avortul incomplet, fibrom sîngerînd, metropatie hemoragică etc.

La femeia tînără, *evoluţia* unui corioepiteliom este fudroiantă. Netratat, în cîteva luni urmează decesul.

• *Prognosticul* este legat de *precocitatea depistării, metastazare,* de *rapiditate* şi *energia* tratamentului, de *terapia complexă* corect aplicată: *chirurgicală, radiologică* şi *citostatică.*

• *Tratamentul* este *profilactic* şi *curativ.*

Profilaxia corioepiteliomului este legată de: *verificarea* atentă în sala de naştere a *integrităţii placentei,* de executarea *corectă* a controlului uterin postpartum şi postabortum, *evacuarea totală a resturilor din mola hidatiformă, dispensarizarea* riguroasă, *reacţia biologică* se impune în: a 7-a zi, a 14-a zi, la o lună, la 2 luni, la 4 luni, la 8 luni, la 1 an şi numai după un an şi jumătate declarăm bolnava vindecată.

Tehnica testelor biologice. Metoda Klauberg: la iepuroaica negravidă se injectează subcutanat 2 ml de *urina femeii* de examinat; după 24 de ore se sacrifică animalul şi se *examinează ovarele:* prezenţa foliculilor hemoragici *indică un test pozitiv,* în timp ce la femeia gravidă, cu sarcina normală, *pozitivitatea* apare după injectarea a 20 ml de urină, în vena marginală a urechii şi citirea rezultatului după 48 ore.

Testul Galli-Mainini: folosim şase broscoi la care injectăm *urina* după o scară de diluţii descrescîndă: 5 ml

Scanned with OKEN Scanner

— 2,5 — 1,25 — 0,6 — 0,3 — 0,15 ml; dacă şi la *diluţii mici* rezultatul e *pozitiv,* se confirmă corioepiteliomul

Testul imunologic — metoda Mc-Kean sau oricare metodă care se bazează pe reacţia *antigen-anticorp,* care constă în a face mai multe *diluţii descrescînde.* La diluţia 1/80 testul este pozitiv pentru corioepiteliom (sarcina normală sub 1/20).

Testele biologice sau imunologice se repetă timp de un an, în ordinea arătată mai sus de la accidentul obstetrical: *rezultatele negative* arată un prognostic favorabil; iar *rezultatele pozitive* arată *redeşteptarea procesului malign* cu focare de *metastazare* care impun măsuri terapeutice *rapide* şi *energice.*

Tratamentul curativ. Se aplică la reapariţia *fenomenelor de sarcină,* reapariţia *hemoragiei,* reapariţia şi creşterea nivelului *hormonilor gonadotropi,* reacţia de *sarcină pozitivă,* biopsia este *pozitivă.*

În acest caz nu e nici o îndoială că a apărut un corioepiteliom şi acţionăm cu *tratament curativ:* este un *tratament chirurgical* şi se adresează în primul rînd extirpării *rapide şi totale* a focarului pentru a evita *metastazarea* (se execută de obicei histerectomia totală cu anexectomie bilaterală); concomitent se aplică *tratamentul radiologic,* în doză masivă; *citostaticele* au rezultate deosebit de favorabile în tumorile de origine placentară (Metotrexat şi altele).

TUMORILE OVARIENE

Prin diversitatea lor, tumorile ovariene formează încă o dificilă problemă de etiologie şi clasificare, avînd în vedere structura lor histologică şi proprietăţile biologice.

Una din clasificările mai cuprinzătoare, pe care a adoptăm în expunere, este aceea propusă de Netter, care împarte tumorile ovariene în 5 grupe:

1. *Tumorile chistice de ovar*
   a) chistele mucoide
   b) chistele dermoide,
   c) chistele seroase.
2. *Tumorile vegetante*
   a) benigne
   b) maligne
3. *Tumori solide:*
   a) epiteliale (benigne şi maligne)
   b) conjunctive (benigne şi maligne)
   c) teratoame maligne.
4. *Tumori cu funcţie endocrină*
5. *Chistul de retenţie*

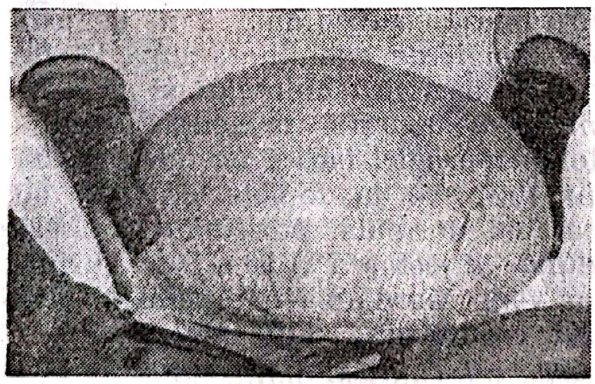


Fig. 106 — *Chist ovarian mare* (după Taylor şi din col. Clinicii).

După cum vedem, în afară de tumorile de ovar adevărate, se mai întîlnesc în ovar *chiste de retenţie* (chistul folicular şi chistul luteinic) care, deşi la examenul fizic iau aspect tumoral, nu sînt tumori adevărate, ci doar retenţii de secreţii în foliculi.

Scanned with OKEN Scanner

CHISTUL MUCOID

Reprezintă cea mai frecventă tumoră a ovarului.

Din punct de vedere anatomo-patologic chistul mucoid este un epiteliom cu *evoluţie clinică benignă*, deşi, uneori, în structura lui microscopică apar elemente caracteristice procesului malign. Chistele mucoide sînt, de obicei unilaterale, iar ca volum variază de la mărirea unei *nuci* pînă la aceea a unui *cap de adult*.

Chistul poate fi *unilocular* sau *divizat, septat* în lobi mici, localizaţi spre hilul ovarului *(chist pauciloculat)*, sau dimpotrivă este transformat în cavităţi multiple cu conţinut mucoid, luînd aspectul de *chist multilocular*.

Uneori chistele sînt extrem de numeroase încît dau impresia de tumoră solidă, iar pe secţiune se remarcă aspectul multilocular. Dacă acestor chiste li se adaugă prezenţa vegetaţiilor intraloculare, sau pe suprafaţa chistului, prognosticul se poate agrava, fiind vorba de cele mai multe ori, de o *degenerescenţă malignă*.

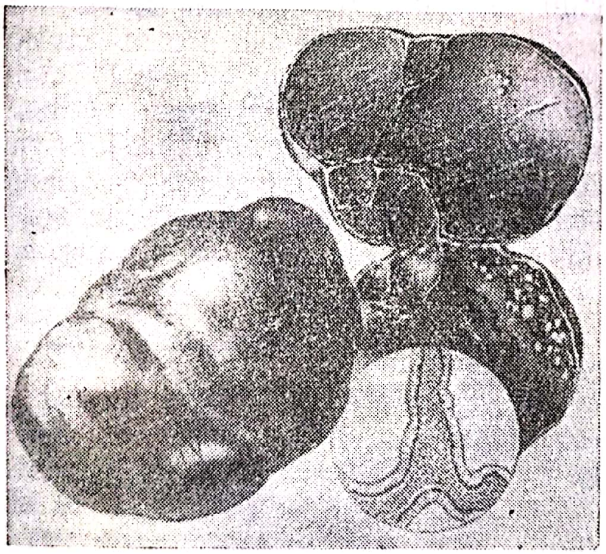


Fig. 107 — *Chist mucoid* (după Pschyrembel;

Epiteliul întîlnit în aceste vegetaţii variază putînd fi cubic, cilindric sau plat, în raport cu localizarea vegetaţiei. Structura pereţilor chistului este simplă, un strat fibros şi vascular între două straturi epiteliale: cel extern este cubic, iar cel intern este cilindric, cu destul de multe celule caliciforme, care secretă mucusul. Conţinutul chistului (dacă este de volum mare), poate să devină sanguinolent (cu aspect de drojdie de cafea).

Din punct de vedere chimic lichidul este compus din mucină, secretată de epiteliu, din albumină extravazată, din peptone, substanţe chimice: Na, fosfaţi, carbonat de sodiu, materii grase etc.

Patogenie. O serie de teorii încearcă să explice geneza chistului mucoid sprijinindu-se pe concepţiile lui Cruveilhier, Fox şi Waldayer, care consideră că epiteliul germinativ al ovarului s-a invaginat în stromă, formînd tubii lui Valentin şi Pflüger. Elementele epiteliale invaginate, proliferînd în viaţa adultă dau naştere chistului de ovar.

În raport cu ligamentele largi poate să evolueze spre peritoneul liber sau spre grosimea ligamentului larg (în mezosalpinx, baza ligamentului larg sau în mezoovar).

Simptomatologie clinică. Dacă tumora are o localizare strict pelviană, cu tendinţă de inclavare în bazin, *este însoţită de senzaţia de compresiune şi dureri.* Se poate produce compresiune şi asupra vaselor mari iliace, în care caz, apare edemul membrelor inferioare şi tulburări cardiace, varice, tendinţa spre boală trombo-embolică.

Dacă chistul nu este descoperit la timp, şi se malignizează bolnava se *emaciază* (facies ovarica) şi se ca-

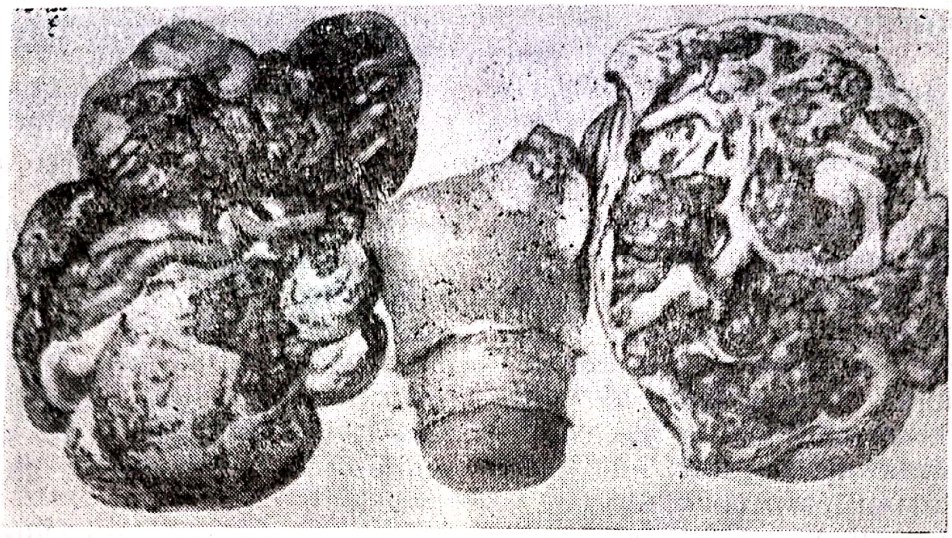


Fig. 108 — *Chist papilifer* (după Pschyrembel).

șectizează progresiv. Evoluția chistului fără malignizare poate fi, uneori, îndelungată de la 5 la 10 ani.

Dintre semnele obiective pe care le remarcăm la tactul vaginal, în stabilirea diagnosticului are rol prezența unei tumori de cele mai multe ori nedureroase, rotundă, mobilă, care se deplasează sau nu cu uterul, iar consistența este renitentă.

În chistele voluminoase, care ocupă cavitatea abdominală se observă deformarea abdomenului, care ia aspectul de *obuz*, în opoziție cu abdomenul de *batracian*, întîlnit în colecțiile libere din cavitate abdominală. Pe abdomen apar *vergeturi și circulație colaterală*. La tușeul vaginal se poate face o separare între uter și tumoră, ce ajută la stabilirea diagnosticului.

CHISTUL DERMOID

Este o tumoră mai rar întîlnită decît precedenta; incidența este cuprinsă *între 3,5—10%*. Se întîlnește la femei relativ tinere între, 20—35 ani. Este localizat mai frecvent spre dreapta, iar ca volum variază între mărimea unei portocale și aceea a unui cap de făt. Este, de obicei, o tumoră mobilă, pediculată, unilaterală și numai excepțional cu localizare bilaterală. În raport cu uterul este plasat înaintea acestuia.

Din punct de vedere *histologic* este un dizembriom, în interiorul căruia întîlnim o substanță grasă cu

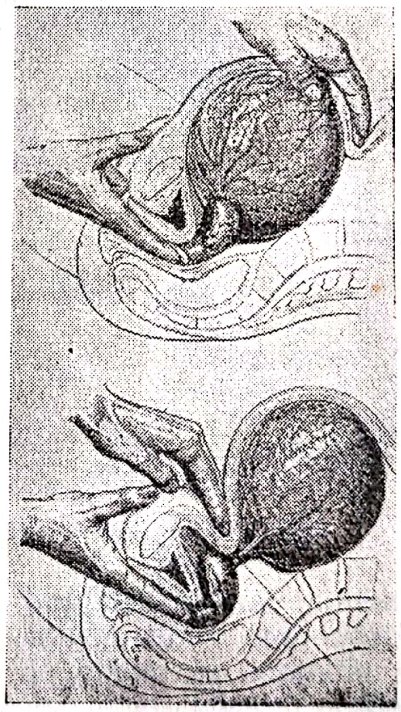


Fig. 109 — *Palparea tumorii chistice care se separă de uter* (după Pschyrembel).

Scanned with OKEN Scanner

structură de *colesterină* sau *sebum*, de aspect gălbui, *peri, dinţi, cartilaje, oase, unghii* etc. (formaţiuni provenite din cele trei foiţe embrionare, dominînd însă cele de origine ectodermică). Uneori se pot întîlni fragmente de embrion.

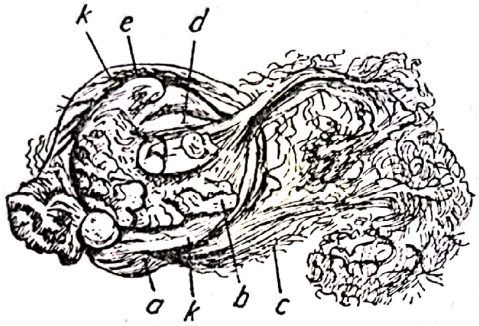


Fig. 110 — *Chist dermoid* (colecţia Clinicii).

Chistul dermoid este un *teratom adult benign*, încît, prin extirpare, nu recidivează, el poate însă suferi şi degenerescenţă malignă, natural în cazuri excepţionale.

Simptomatologia clinică este în funcţie de mărime şi, în general, nu diferă de cea descrisă la chistul mucoid. Caracteristici: tumoră moale, lăsînd impresia digitală (godeuri — semnul Leopold), situată anteuterină (semnul Küster), sensibilă (semnul Lawson Tait), radiografic diverse zone opace (dinţi, substanţe osoase etc.).

CHISTUL SEROS

Este o tumoră care se dezvoltă în 60% din cazuri, bilateral. Are o evoluţie lentă şi dimensiunile lui ajung la ale unui cap de făt sau de adult. Frecvent se dezvoltă *intraligamentar*, cînd pune dificultăţi tehnice de extirpare.

Ca structură histologică are un perete subţire fibroconjunctiv, străbătut de vase sanguine şi limfatice. Faţa internă este tapetată de un epiteliu cilindric de multe ori ciliat. Prin transparenţa chistului se observă prezenţa unui lichid clar seros (ca apa de stîncă), putînd avea însă şi o coloraţie brună cînd este amestecat cu sînge (chist hematic).

Chistul seros paraovarian sau epoophoronul este o tumoră benignă, mai rar întîlnită, de obicei unilaterală, cu mărimea de la o nucă la un pumn de adult. Rezultă din degenerescenţa chistică a vestigiilor canalelor wolffiene sau a organelor lui Rosenmüller sau a canalelor lui Gärtner, de aceea mai poartă numele de „chiste wolfiene". Este, de fapt, un chist *paraovarian* (ovarul fiind normal).

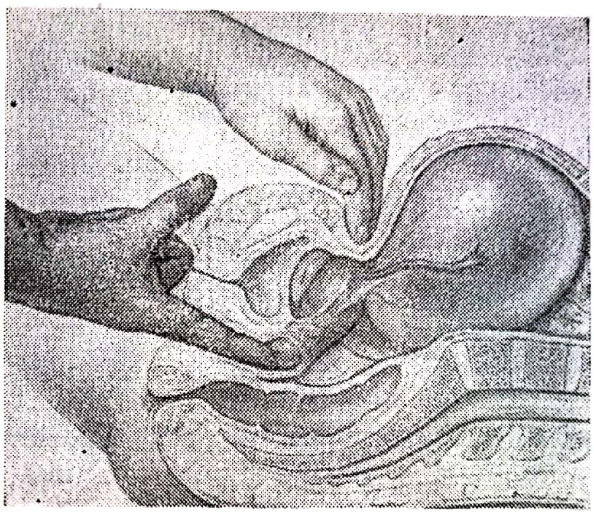


Fig. 111 — *Chist seros*. Tumora independentă de uter (după Marcel-Fabre).

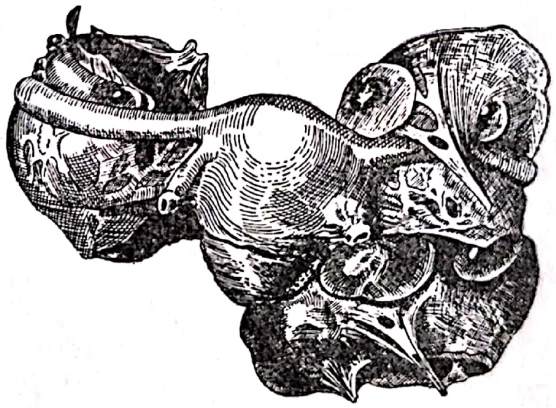


Fig. 112 — *Chist folicular intraligamentar* (după E. Aburel).

• Practic, este greu de făcut o deosebire între un chist obișnuit și unul paraovarian.

• *Tratamentul* este în funcție de mărimea chistului. Pînă la mărimea

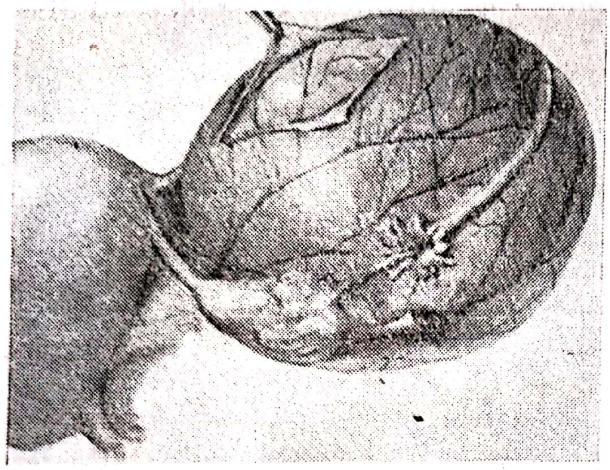


Fig. 113 — *Chist paraovarian* (după Pschyrembel).

unui pumn, se puncționează și, de obicei, tumora se lichidează. Dacă e mai mare decît un pumn, sau dacă

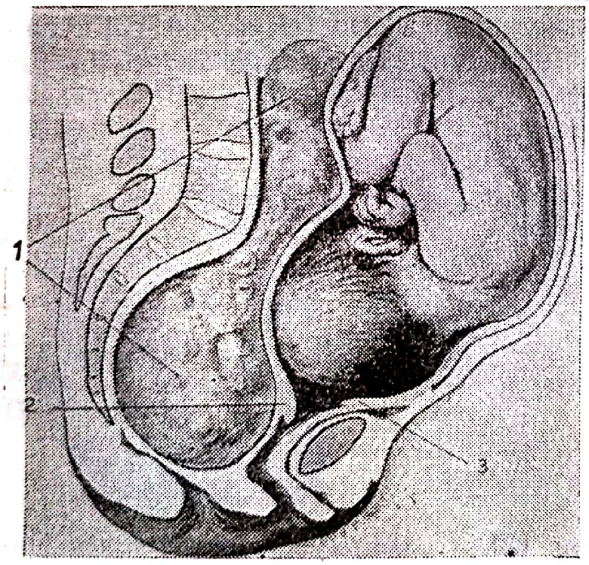


Fig. 114 — *Chist și sarcină* (după Bumm): *1* — chistul; *2* — buza posterioară a colului; *3* — buza anterioară a colului.

recidivează, după puncție, se operează executîndu-se *chistectomie* pe cale abdominală.

TUMORILE VEGETANTE

Tumorile vegetante ale ovarului prezintă aspecte clinice variate putînd fi cu predominanță chistică, uni-

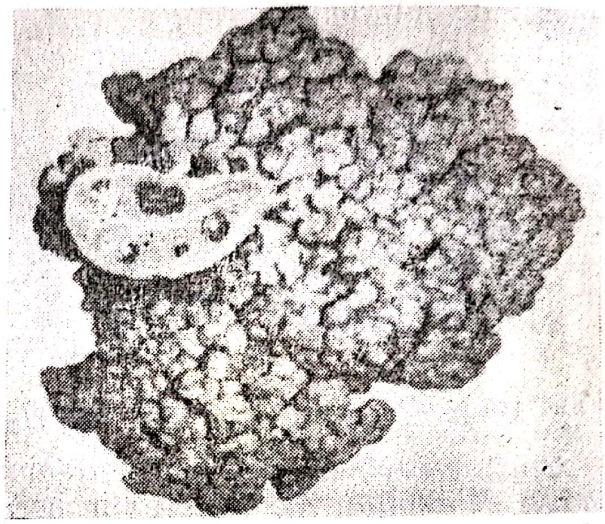


Fig. 115 — *Tumoară vegetantă a ovarului* (după Pschyrembel).

loculare sau multiloculare, iar, din punct de vedere evolutiv, de natură benignă sau malignă.

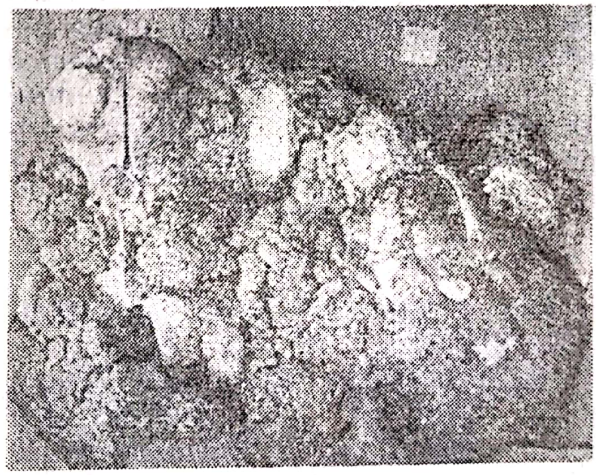


Fig. 116 — *Chist (adenom) papilifer malignizat* (după Marcel-Fabre).

Caracteristica lor principală este dată de structura papilară, cu *vegetații aglomerate*, care le dă aspectul de conopidă. Sînt, de obicei *bilaterale și acompaniate de ascită.*

Scanned with OKEN Scanner

Vegetațiile papilifere se pot dezvolta primitiv pe fața internă a chistului, de unde apoi perforează în suprafață dînd structura papilomului superficial de ovar. În acest caz chistul — sau ovarul degenerat chistic — mărit de volum, este acoperit de mici vegetații. Desigur, aspectul formelor sub care poate fi observat este variat, de la aspect de tumori vegetante cu predominanță solidă, la acela de tumori vegetante cu predominanță chistică. Toate aceste forme pot da *grefări* pe suprafața peritoneală, fie în mod spontan, fie în urma intervenției chirurgicale. Aceste metastaze survin într-un procent de 8—12% din cazuri.

Deși tumora se poate grefa, ca structură histologică are un caracter benign și prin extirpare completă evoluția clinică este favorabilă obținîndu-se vindecarea. Prin natura lor, tumorile ovariene vegetante prezintă o marcată tendință spre malignizare, mai ales la vîrsta menopauzei.

Din punct de vedere evolutiv tumorile papilifere *cancerizate* sînt cele mai maligne dintre toate tumorile ovariene și descoperite tardiv sînt de obicei inoperabile. Sînt radiorezistente, din care motiv singurul tratament de care beneficiază în mod favorabil este cel chimioterapic (citostatice).

TUMORILE SOLIDE

Au o structură compactă și consistență fermă.

TUMORILE EPITELIALE BENIGNE

Dintre tumorile benigne solide ale ovarului amintim *tumora Brenner* sau *ooforonul.* Această tumoră face parte din tumorile mici, de mărimea unei alune, la aceea a unei portocale. Este în general, o tumoră liberă, față de organele vecine, mobilă în cavitate, rareori cu dezvoltare spre ligamentul larg. Are o consistență dură și o culoare cenușie-gălbuie.

Histologic structura ei amintește corticala ovarului, fiind formată din insule epiteliale înconjurate de țesut conjunctiv, celulele componente sînt poliedrice mari, cu nuclei bine colorați. Uneori în formațiunile epiteliale pot apare cavități necrotice sau chistice cu aspect folicular și conținut mucos care poate fi evidențiat prin *colorația cu mucicarmin.* Se confundă adesea, ca structură histologică, cu tumorile de granuloasă, acestea din urmă avînd o natură malignă.

Tumora Brenner poate fi asociată frecvent cu chistul mucoid. După majoritatea autorilor ele se dezvoltă din resturi embrionare care provin din celomul primitiv, din insulele lui Walthard. *Tumora este lipsită de activitate hormonală.*

TUMORILE EPITELIALE MALIGNE

Epiteliomul ovarian sau cancerul solid ovarian. Se poate dezvolta *primitiv* din parenchimul ovarului, sau *secundar* din chiste vegetante, mucoide și alte chiste malignizate. Secundar mai poate apare prin metastazarea unui alt carcinom localizat la distanță, cum sînt tumorile Krukenberg, care pleacă din tubul digestiv. Tumora apare uni sau bilateral, sub forma unei mase dure, incapsulate, care prinde uterul, invadează peritoneul, asociată cu ascită, edeme ale membrelor inferioare, tulburări vezicale și de tranzit intestinal.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluţia este de 1—2 ani, iar complicaţiile duc la exitus inevitabil. *Profilaxia* este axată pe controale periodice genitale. *Tratamentul* este chirurgical.

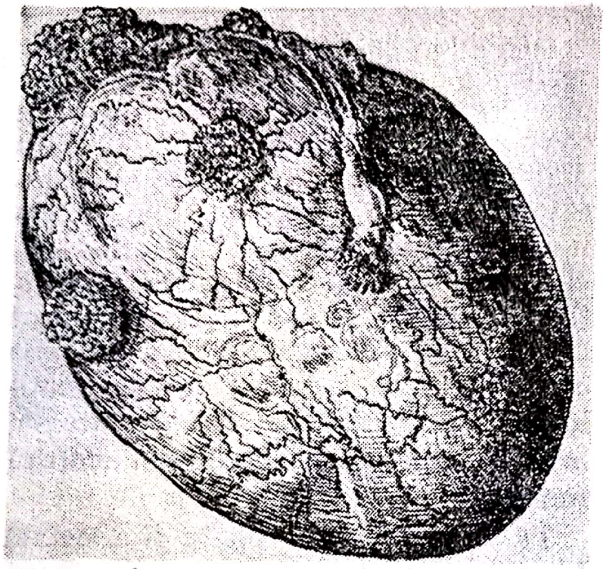


Fig. 117 — *Adenocarcinom al ovarului* (carcinom coloid).

TUMORILE CONJUNCTIVE BENIGNE

Fibromul ovarian este o altă *tumoră solidă* a ovarului fiind, de obicei, unilaterală şi de dimensiuni mici. Rareori depăşeşte volumul unui cap de copil. Fibromul ovarian afectează întreg ovarul care este transformat într-o masă conjunctivă cu structură circumscrisă, fibromatoasă. *Nu depăşeşte* 2—5% din totalul tumorilor ovariene. Apare, de obicei, la vîrsta de peste 40 de ani, putînd fi prezent şi la vîrste mai tinere.

Este o tumoră pediculată şi mobilă, din care motiv are *tendinţă la torsiune*. Structura histologică şi evoluţia clinică este benignă. Poate fi însoţită de ascită şi hidrotorace homolateral, în care caz constituie sindromul *Demon-Meigs,* descris în 1937. După extirparea tumorii, hidrotoracele şi ascita dispar. Laparotomia clarifică de cele mai multe ori diagnosticul. Ca toate tumorile fibromatoase şi fibromul ovarian poate suferi degenerescenţă *hialină, mixomatoasă* şi *necrotică.*

Printre tumorile benigne solide ale ovarului au mai fost descrise *lipoamele* şi o serie de tumori *angiomatoase* ca: *hemangiomul* şi *limfangiomul ovarian,* care, prin raritatea lor, prezintă o importanţă practică redusă.

TUMORILE CONJUNCTIVE MALIGNE

Sarcomul ovarian, primar sau secundar, ca şi epiteliomul, are originea în ţesutul conjunctiv şi se manifestă clinic la fel.

TERATOAME MALIGNE

Teratoblastomul sau teratomul embrionar este o tumoră ovulogenă ca şi chistul dermoid, de care se deosebeşte prin conţinutul său embrionar, tînăr, nediferenţiat spre forma adultă. Este o tumoră deosebit de malignă, dă metastaze la distanţă rapid, avînd o evoluţie de numai cîteva luni de zile.

Struma ovariană provine din incluziunile glandei tiroide, care se dezvoltă în ovar, atinge dimensiuni mari, cît un cap de făt (copil), cu cavităţi pline cu substanţă coloidă.

TUMORILE CU FUNCŢIE ENDOCRINĂ

Acestea provin din elementele *epiteliului germinativ,* motiv pentru care, în evoluţia lor, au funcţie endocrină. Din punct de vedere structural, cît şi funcţional, se împart în trei grupe.

Scanned with OKEN Scanner

tumori feminizante: foliculomul și *tecalomul;*

tumori masculinizante: arenoblastomul și *luteomul* (hipernefromul ovarian);

tumori germinative, cu funcție redusă endocrină: seminomul ovarian.

TUMORILE FEMINIZANTE

Foliculomul poate fi întîlnit la toate vîrstele, dar mai ales între *40—50 de ani.* Ca *structură histologică* este format din celulele granuloase cu funcție endocrină. Mărimea tumorii variază de la un bob de mazăre la un cap de adult. Este, în general, unilaterală putînd fi întîlnită, în 10% din cazuri, și bilateral.

Considerată în trecut ca o tumoră eminamente malignă, cercetările din ultimul timp au arătat că după extirparea chirurgicală, numai rareori poate avea o evoluție malignă. După Varangot, recidivele postoperatorii înainte de 5 ani survin într-un procent de 25% din cazuri.

Prezența tumorii creează un sindrom de *hiperfoliculinemie,* care variază în raport cu vîrsta. La copile produce pubertate precoce, cu dezvoltarea organelor genitale, apariția menstruației, sîni dezvoltați, apetit sexual și apariția pilozității axilare și pubiene. La femeile în activitate sexuală produce hiperplazia glandulo-chistică a mucoasei, cu tulburări de ciclu.

Examinările de laborator arată prezența unei stări de hiperfoliculinemie marcată. Uneori produce și o hipermastie. În *menopauză* readuce ciclul menstrual, sînii se măresc și se observă fenomene de reîntinerire.

Tratamentul constă, la fete și la femeile tinere, în ovariectomie simplă, iar, la femeile trecute de 40 de ani, histerectomie totală cu anexectomie bilaterală. În toate cazurile operația va fi radicalizată dacă sînt semne suspecte de malignizare. Tumora fiind *radiosensibilă,* tratamentul poate fi completat cu radioterapie.

Tecalomul este, în general, o tumoră de consistență fibromatoasă și ca frecvență rară. Localizată unilateral, mărimea ei variază de la o alună la un cap de copil. Are culoare cenușie cu suprafață netedă, pe secțiune de un aspect gălbui. La microscop structura este asemănătoare cu teaca internă a ovarului, formată din celule fuziforme. Prezența lipidelor birefringente la examenul cu lumina polarizată ajută în stabilirea diagnosticului.

Tumora este înrudită cu foliculomul și produce estrogeni. Din punct de vedere clinic are o evoluție benignă. Numai în 10% din cazuri se poate observa o *transformare sarcomatoasă.* Tecalomul este întîlnit după vîrsta de 50 de ani.

TUMORILE MASCULINIZANTE

Arenoblastomul este o tumoră formată din cordoane de celule epiteliale, plasate într-o stromă conjunctivă. Provine din hilul ovarului și este localizată, de obicei, unilateral.

Apare în viața sexuală a femeii și are o evoluție benignă în 80—90% din cazuri. Caracterul endocrin al tumorii constă în producerea virilizării prin hormonii androgeni pe care îi produce.

Dintre semnele clinice, pe primul plan este *amenoreea însoțită de atrofia organelor genitale și a sînilor.* Progresiv apar apoi caracterele masculine, părul cade, crește barba, mustața și perii pe corp. Timbrul vocii coboară, clitorisul se hipertro-

Scanned with OKEN Scanner

fiază. La dozarea hormonilor din urină, 17-cetosteroizii prezintă valori ridicate.

Odată cu extirparea chirurgicală a tumorii, toate fenomenele de masculinizare dispar şi reapar caracterele feminine.

Luteomul (hipernefromul ovarian) este o tumoră de consistenţă solidă sau moale, în cazul cînd în structură prezintă formaţiuni chistice. În secţiune, luteomul are o culoare galben-roşietică. Ca mărime atinge dimensiunile unei portocale. Este o tumoră extrem de rară.

Din punct de vedere histologic este formată din celule poligonale si fuziforme cu conţinut bogat în *lipoizi birefrigenţi* la lumina polarizată şi în lipocrom. Ca structură histologică seamănă cu corpul galben şi cu corticala suprarenalei.

Majoritatea autorilor cred că originea ei trebuie căutată în insulele aberante cu structură corticosuprarenală care se găsesc în hilul ovarian sau în ligamentul larg.

Clinic i se remarcă prezenţa prin *semne de virilism,* mai accentuat decît în cazul arenoblastomului. După extirpare, fenomenele de masculinizare dispar şi se revine la normal.

Seminomul ovarian (disgerminomul) apare la femeile tinere sub 30 de ani şi cu totul excepţional peste această vîrstă. La palpare are o consistenţă elastică, suprafaţa netedă, iar în secţiune un aspect galben-cenuşiu.

Este, de obicei, o tumoră unilaterală, cu un pedicul lung, din care motiv *se poate torsiona.*

Din punct de vedere histologic structura celulelor seamănă cu a spermatogoniilor testiculare. Se crede că seminomul se dezvoltă dintr-un rest celular primitiv care se poate diferenţia în mod normal spre structură ovariană sau testiculară.

• Din punct de vedere clinic este o tumoră cu slabă activitate endocrină sau chiar absentă.

Tratament. Prudenţa ne obligă la extirparea uneori chiar lărgită a tumorii în sensul histerectomei totale cu anexectomie bilaterală.

TUMORI ENDOCRINE CU MALIGNITATE RELATIVĂ

1. *Cu funcţie endocrină Tumori feminizante* care secretă *estrogeni:* foliculo-sarcomul sau tumora cu celule granuloase şi tecosarcomul. *Tumori masculinizante,* care secretă *androgeni,* cu efecte masculinizante, amenoree, atrofia sînilor, căderea părului, îngroşarea vocii, virilism. Acestea sînt *arenoblastomul* şi *luteomul* sau hipernefromul.

2. *Tumori fără activitate endocrină.* Tumori germinative — *seminomul,* care apare la femei tinere sub 30 ani, constituit din celule similare spermatogoniilor.

• Tratamentul este comun tuturor tumorilor maligne genitale şi prognosticul este legat de forma histologică şi de precocitatea depistării şi extirpării procesului tumoral.

CHISTELE OVARIENE DE RETENŢIE

CHISTUL FOLICULAR

Rezultă din secreţia şi acumularea lichidului folicular la nivelul ovarului. Cea mai frecventă cauză este rezistenţa corticalei ovarului cauzată de fibroză, care nu permite ruperea şi evacuarea conţinutului folicular. Este de fapt o pseudo-tumoră, care, de multe ori, se rupe în timpul examenului genital. Poate da naştere,

Scanned with OKEN Scanner

din punct de vedere *clinic*, la sindromul de hiperfoliculinemie şi hiperplazie glandulo-chistică a mucoasei uterine.

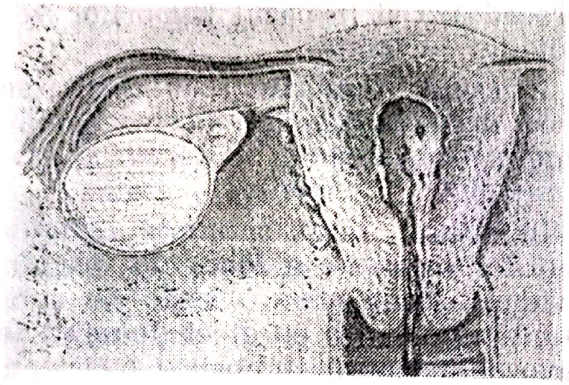


Fig. 118 — *Chist de retenţie* (după Marcel-Fabre).

CHISTUL LUTEINIC

Rezultă din lipsa de involuţie a corpului galben şi prin acumularea consecutivă a unei cantităţi de lichid la acest nivel. Se întîlnesc frecvent chiste de retenţie luteinice în mola hidatiformă. Involuţia lor, după evacuarea cavităţii uterine, constituie un prognostic favorabil.

Evoluţia tumorilor ovariene,

Tumorile ovariene au o evoluţie cuprinsă între 1 an şi 30 de ani. Neglijate, pot da numeroase complicaţii:

a) *Mecanice. Torsiunea tumorii* întîlnită într-un procent de 8% din cazuri şi cu atît mai frecvent şi posibilă cu cît tumora are un pedicul mai mare şi este mai mobilă. Torsiunea poate fi *incompletă,* dînd dureri intermitente, sau *completă,* cînd apare abdomenul acut prin torsiune.

Inclavarea şi compresiunea tumorii. Cînd chistul se dezvoltă în micul bazin, la anumite dimensiuni se încarcerează dînd tulburări cu efecte asupra organelor vecine, în urma compresiunii lor. Aceste tulburări se manifestă mai ales asupra vezicii urinare prin *disurii paradoxale* etc. şi asupra rectului (constipaţie) şi chiar fenomene de subocluzie (abdomen chirurgical).

Ruptura tumorii este posibilă în cazul tumorilor chistice care îşi revarsă conţinutul în cavitatea peritoneală dînd *maladia gelatinoasă a peritoneului,* în caz de conţinut mucos, însoţită de fenomene de peritonism. De asemenea, ruptura sau perforaţia chistului poate avea loc într-un organ cavitar ca vezica, intestinele etc.

Hemoragia intrachistică este consecinţa torsionării chistului dînd fenomene de abdomen acut.

b) *Infecţioase.* Acest gen de complicaţii sînt caracterizate prin apariţia inflamaţiilor şi supuraţiilor în interiorul tumorilor. În aceste cazuri simptomatologia este aceea a *pioovarului* şi, în general, evoluţia este gravă. De cele mai multe ori constituie o urgenţă chirurgicală, necesitînd laparotomie şi rezolvarea urgentă. Caracteristica lor este că sînt foarte *septice* şi au un mers postoperator foarte zgomotos.

c) *Degenerative.* Una dintre complicaţiile cele mai de temut a tumorilor ovariene o constituie transformarea malignă. Apariţia *ascitei,* constituie un semn de malignizare.

Diagnosticul diferenţial al tumorilor ovariene trebuie făcut în cadrul tumorilor mici cu *salpingita* şi *hidrosalpinxul,* procese inflamatorii care de obicei sînt localizate bilateral. Anamneza şi istoricul evoluţiei bolii este de un real folos.

De asemenea, trebuie avută în vedere o *sarcină extrauterină* neruptă, în care caz evoluţia rapidă, durerea, caracteristica menstruaţiei, cu amenoreea temporară şi, uneori, reacţia de sarcină ne ajută în precizarea diagnosticului.

Scanned with OKEN Scanner

Se va face diagnosticul diferențial cu *fibromul uterin pediculat* de dimensiuni mici unde consistența fermă a tumorii pledează pentru fibrom pediculat.

În chistele mijlocii și mari diagnosticul diferențial trebuie făcut cu *ascita*, cu *retenția de urină*, cu *sarcina*, mai ales în a doua jumătate a ei, cu *fibromul uterin*, cu *hidronefroza gigantă*, cu *tumorile abdominale de ficat, splină, mezenter*, cu *chistul hidatic* etc.

Chistul dermoid poate fi diferențiat prin volumul său mai mic, cu zone dure, dureros la palpare, localizat cu predilecție anteuterin și la dreapta. De asemenea cu *tuberculoza genitală*, în forma sa reziduală, cu *hidrosalpinxul, piosalpinxul* și *piovarul*.

Tratamentul tumorilor ovariene. În trecut, majoritatea autorilor practicau în cazul tumorilor ovariene puncția evacuatoare care însă avea *dezavantajul suprainfecției și a recidivelor*. În momentul de față puncția evacuatorie nu constituie o metodă terapeutică a tumorilor ovariene de consistență chistică.

Metoda de alegere este extirparea tumorii ovariene, fie că este chistică sau solidă. Tumorile ovariene maligne, dacă sînt neglijate, duc la moartea bolnavei, prin fenomene de compresiune și caşectizare. Malignizarea tumorii neglijate constituie un prognostic grav. Faptul că aproximativ 5% din tumorile ovariene se malignizează, pledează pentru operație. În raport cu mărimea tumorii, intervenția poate fi temporizată sub controlul specialistului, *dar în nici un caz neglijată.*

În cazul în care tumorile ovariene sînt *malignizate* sau prezintă semne suspecte, se indică tratament chirurgical radical: *ovarectomie bilaterală cu histerectomie totală.* La fel se procedează și în cazul tumorilor vegetante cu ascită.

În cazul tumorilor endocrine se face *ovarectomie simplă* la femeile tinere, *ovarectomie bilaterală și histerectomie* la femeile în etate.

În ultimul timp, *chimioterapia* tumorilor ovariene a făcut un progres evident. Se cunosc o serie de substanțe citostatice cu efect deosebit de favorabil asupra tumorilor ovariene. Amintim:

— *Clafenul (Endoxan)* (D.C.I.), doza inițială este de 2—3 mg/kg corp/zi, i.v., timp de 6—8 zile. Oral, sub formă de tablete, se administrează sub controlul leucocitozei, care trebuie să fie repetată și să varieze între 2000—5000 leucocite/mm^3.

— Un alt medicament citostatic deosebit de eficace este *Girostanul* (sinonim *Thio-tepa-Specia* — Franța — sau *Thio-tepa-Lederle* SUA). Se administrează i.v. în doză unică de 10—15 mg, de 3 ori pe săptămînă. Durata unei serii este de 3—5 săptămîni, realizîndu-se în total 9—15 injecții, totalizînd doza de 150—250 mg. Tratamentul se poate repeta la 2—3 luni, sub controlul permanent al *leucocitelor* și a *trombocitelor* (să nu scadă sub 3000/mm^3 și respectiv 100 000mm^3). Desigur sînt și alte preparate citostatice cu efecte favorabile în tumorile ovariene și seria lor nu este terminată cu cele existente la ora actuală.

Scanned with OKEN Scanner

STERILITATEA FEMININĂ

Incapacitatea unui cuplu de a-şi exercita funcţia de reproducere constituie o problemă importantă de fiziologie şi patologie. Sterilitatea este şi o problemă de interes economic şi social, ţinînd seama că aproximativ 10—15% din căsătorii rămîn sterile din cauze diverse.

O femeie este *sterilă* cînd, după 2—3 ani de coabitaţie fără restricţii, nu a conceput. Din punct de vedere fiziopatologic, sterilitatea feminină îmbracă două aspecte: *incapacitatea de fecundaţie* sau *sterilitatea propriu-zisă* şi *incapacitatea de a menţine oul fecundat* sau *nefertilitatea.*

• Din punct de vedere clinic, deosebim o *sterilitate primară,* cînd femeia n-a rămas gravidă şi o sterilitate *secundară,* cînd instalarea se face după una sau mai multe sarcini anterioare. Sterilitatea mai poate fi: *voluntară,* prin utilizarea metodelor anticoncepţionale, *artificială,* consecutivă unor intervenţii de ordin terapeutic medical — ligaturarea trompelor, iradieri cu raze X, tratamente hormonale, *involuntară* cînd, cu toate că viaţa sexuală este normală, nu apare graviditatea, *fiziologică,* în timpul lăuziei şi menopauzei.

Fiziologia fecundaţiei. Vîrsta optimă pentru fecundaţie este cuprinsă între 18—35 ani. O fertilitate normală presupune o stare fiziologică a spermogenezei, a emisiunii spermei, ascensiunea spermatozoizilor în căile genitale ale femeii, ovogeneza, ovulaţia, captarea ovulului de către pavilionul tubar, fecundaţia, migraţia tubară a oului şi nidaţia.

Sarcina rezultă din unirea unui spermatozoid cu un ovul. Spermatozoizii depuşi în vagin la un raport sexual se numără cu milioanele, dintre aceştia însă numai o parte au calităţi morfofuncţionale necesare pentru a fecunda ovulul. Spermatozoizii au o mobilitate graţie căreia progresează cu 1—3 mm pe minut, parcurgînd distanţa de 18—20 cm, din vagin pînă în treimea externă a trompei, în 4—10 ore. Mobilitatea lor se păstrează 48 ore, dar capacitatea de fecundaţie este apreciată a fi 30 ore.

PH-ul vaginal este de 4,4—4,8 la nivelul introitului, devenind, la nivelul fundurilor de sac vaginale, 8—9. Glera cervicală are un pH 6,5—7 iar mucusul endocervical un pH 8. Mucusul cervical alcalin constituie o atracţie pentru spermatozoizi (chimiotactism pozitiv). Ascensiunea spermatozoizilor în col se face prin secreţia cervicală, care este permeabilă numai în faza de ovulaţie. Din col, prin mişcările lor proprii, spermatozoizii urcă, trecînd prin cavitatea uterină, spre orificiile tubare şi apoi în canalul endotubar.

Ovulaţia este precedată de maturaţia ovocitului, care, fiind foarte fragil, degenerează după 12—24 ore de la ovulaţie, în cazul în care nu s-a produs fecundaţia. Momentul fecundaţiei corespunde cu momentul ovulaţiei; acest moment fiind variabil

Scanned with OKEN Scanner

de la o femeie la alta, şi e cuprins între a 11-a şi a 18-a zi, socotite de la prima zi a menstruaţiei, media fiind între ziua a 14-15-a. Înainte şi după acest interval de timp există perioade de sterilitate fiziologică (legea lui Ogino-Knaus).

Fecundaţia — unirea gameţilor — se produce în treimea externă a trompei, în porţiunea ampulară. Ovulul ajunge la acest nivel la 10—20 ore de la ovulaţie. Un singur spermatozoid pătrunde în ovul producîndu-se apoi fuziunea elementelor nucleare şi citoplasmatice a gameţilor, cu reîntregirea garniturii cromozomiale complete, după care imediat încep şi mitozele de segmentare a oului.

Migrarea tubară a oului fecundat durează aproximativ 3—4 zile şi se datoreşte mişcărilor cililor epiteliului tubar, dar mai ales peristaltismului tubar, accentuat în primele 24 ore după ovulaţie.

Nidaţia (cuibărirea) este procesul prin care oul fecundat se fixează în mucoasa uterină, dezvoltată şi pregătită pentru a-l primi. Implantarea oului, „nidaţia", are loc după 8—9 zile de la fecundaţie, adică aproximativ în ziua 21—24-a a unui ciclu normal de 28 zile. În perioada de preîmplantare, care durează 3 zile, oul fecundat continuă să fie liber în cavitatea uterină, este aşa-numita *perioadă embriotropă* (vezi nidaţia şi placentaţia în Obstetrică).

ETIOPATOGENIA

Factorii etiologici sînt asociaţi, fie la unul fie la ambii parteneri (în 70%). Întîlnim *cauze masculine* şi *cauze feminine*.

Cauze masculine. Investigaţia sterilităţii trebuie să înceapă cu masculul. Dintre cauzele masculine ale sterilităţii amintim:

a) tulburările în *spermatogeneză* (azoospermia, astenospermia, oligospermia şi necrospermia"). Tulburările de spermatogeneză se datoresc alimentaţiei deficitare a masculului (lipsă de proteine, vit. A, B, E, minerale), abuz de alcool, morfină, tutun, intoxicaţii profesionale, tulburări organice ale masculului (debilitate constituţională, boli infecţioase, boli de sistem, anemie, epuizare, emoţii, psihopatii). *Tulburări genitale:* orhite specifice şi nespecifice, tumori testiculare etc. *Tulburări hormonale:* hipopituitarism, hipogonadism, alteraţii ale căilor seminale prin traumatism, intervenţii chirurgicale, tulburări de potenţă, ejaculare precoce etc.;

b) *malformaţiile penisului:* hipospadias, cu deschidere la rădăcina penisului, extrofia canalului uretral;

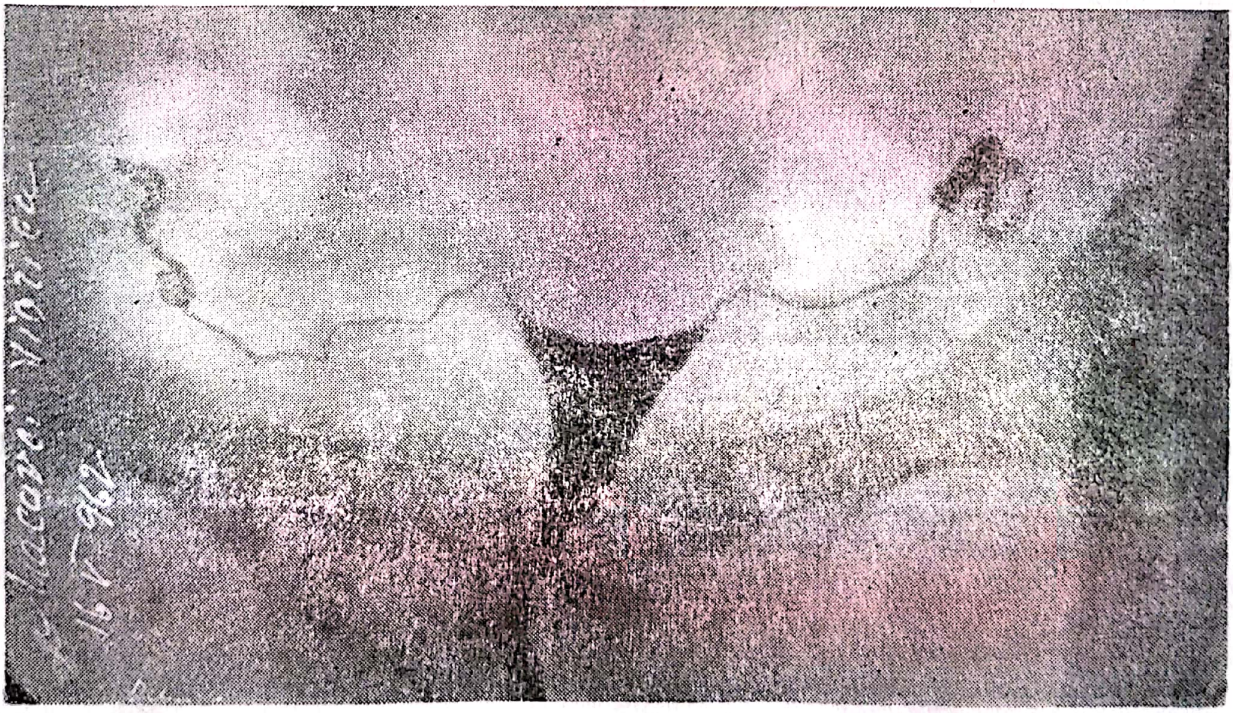
c) *coitul contra naturii* (anal, în uretră).

Cauze feminine. Factorii vulvo-vaginali constituie numai uneori cauze de sterilitate. Mecanismul de acţiune este variabil, împiedică ascensiunea şi au o acţiune nocivă asupra spermei: atreziile vulvare, imperforaţia himenului, leziuni cicatriciale, tumori, hiperaciditatea secreţiilor vaginale etc.

• *Factorii cervicali.* Sterilitatea se întîlneşte izolat sau asociat cu alte cauze (mai ales uterine şi tubare). Dintre acestea *endocervicita* este cauza cea mai frecventă. Mai amintim *stenozele congenitale* şi cele

Scanned with OKEN Scanner

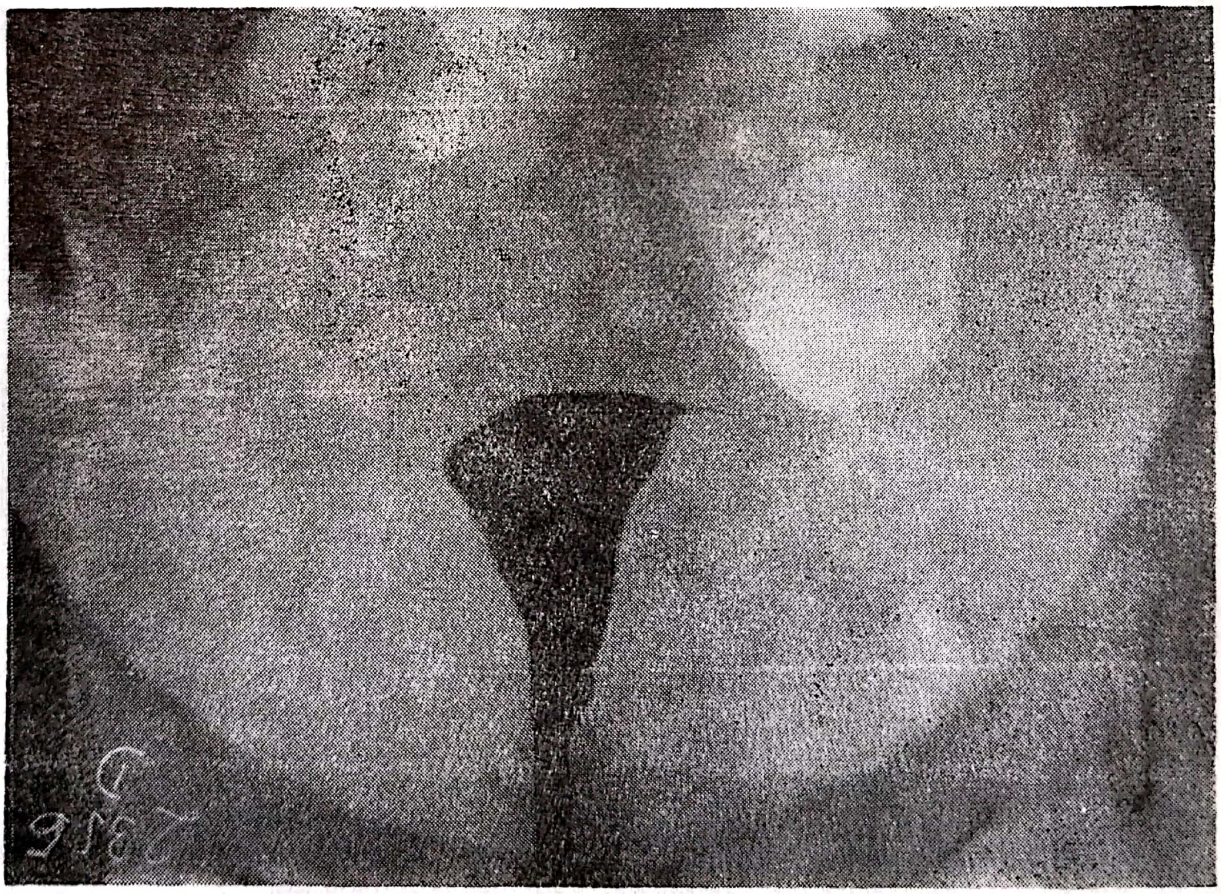
119 *a* — proba Cotte pozitivă



119 *b* — uter hipoplazic

Scanned with OKEN Scanner

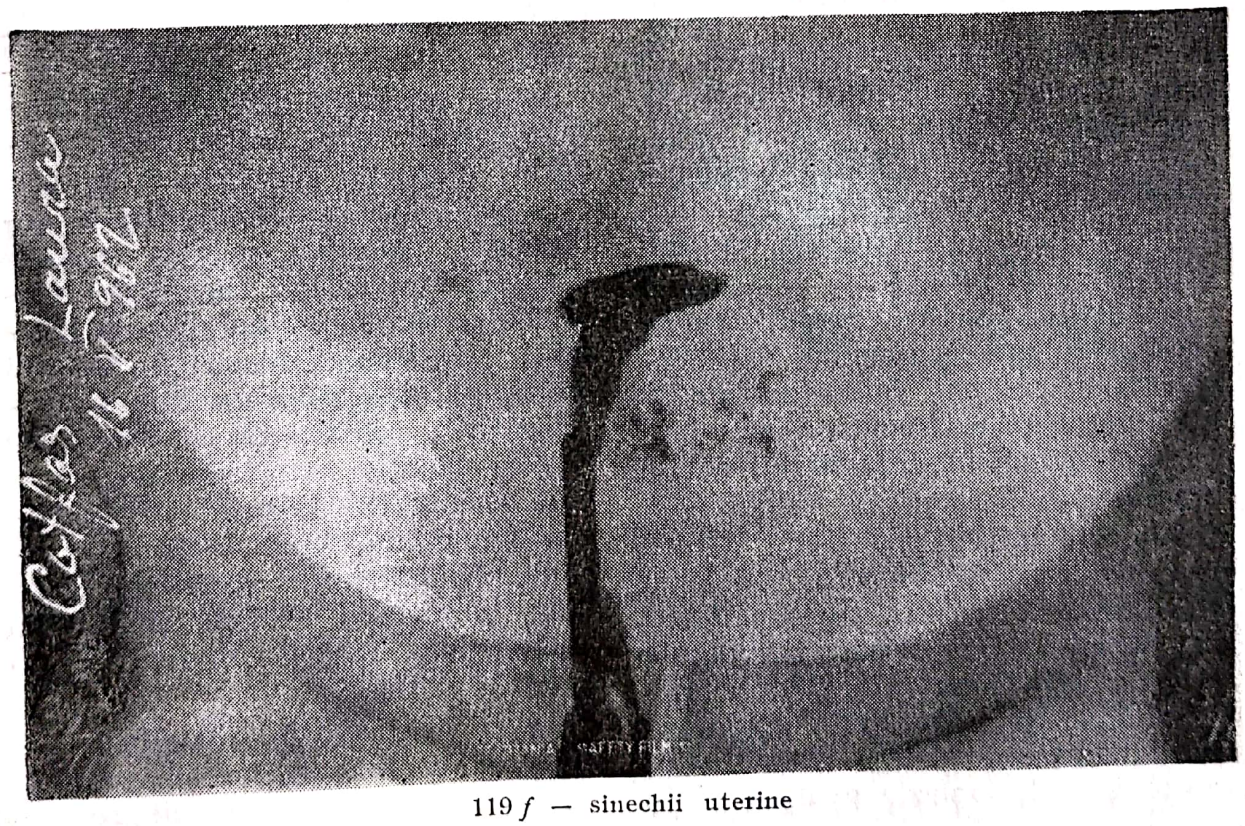
119 *c* — uter arcuat



119 *d* — obstrucții tubare bilaterale

Scanned with OKEN Scanner

119 *e* — sacrosalpinx (obstrucţie tubară în regiunea pavilionară)



119 *f* — sinechii uterine

cîştigate (după cauterizări), *alungirea hipertrofică a colului, polipul cervical, cancerul colului uterin.*

• *Factorii uterini.* Modificările patologice ale corpului uterin produc sterilitate atunci cînd împiedică ascensiunea spermatozoizilor, prin obstacole mecanice sau prin acţiunea nefavorabilă a secreţiilor uterine sau cînd împiedică sau alterează nidaţia oului fecundat. Sînt cunoscute: *malformaţiile uterine* (uter bicorn didelf, arcuat etc.), *hipoplazia uterină* ce se caracterizează prin scăderea proporţională a tuturor dimensiunilor uterului; *sinechiile* sau *aderenţele intrauterine,* consecutive chiuretajelor repetate şi prea energice, *viciile de poziţie ale uterului* (retroversiflexia, hiperanteversiflexia), *fibromiomul uterin* în unele cazuri mecanismul este variat: compresiunea porţiunii interstiţiale a trompei, prin localizarea nodului fibromatos la cornul uterin, tulburări ale nidaţiei sau localizarea submucoasă a fibromului care se însoţeşte de atrofii locale endometriale. *Endometritele* au un rol important prin distrugerea stratului funcţional, împiedicînd nidaţia. În cazul endometritei bacilare, leziunea evoluează către o distrugere progresivă a endometrului, urmată de atrezia cavităţii uterine — amenoree.

• *Factorii tubari.* Sterilitatea de origine tubară reprezintă 40—60% şi rămîne *cel mai important factor* nu numai prin frecvenţa sa ci şi prin prognosticul nefavorabil al leziunilor.

Factorii tubari pot fi de natură *organică* sau *funcţională.* Etiologia sterilităţii tubare este predominant infecţioasă (gonococică, puerperală sau bacilară). *Obstrucţia tubară funcţională* se datoreşte unui spasm în porţiunea interstiţială a trompei şi se observă în hipoplazia genitală şi în anomaliile de poziţie uterină. *Obstrucţiile organice* complete sînt cele mai grave, întrucît tulbură ascensiunea spermatozoizilor, fecundarea. Obstrucţia tubară funcţională de origine reflex-nervoasă are un prognostic mai favorabil, peretele tubar fiind integru. Sediul obstrucţiei apare cu predilecţie la extremităţile trompei. Obstrucţiile unice — în regiunea ampulară, sînt foarte rare, *etiologia* lor fiind în genere *bacilară.*

Leziunile *peritubare* sau *aderenţele peri-ovariene* pot scăpa complet unui examen ginecologic (în afara celioscopiei), deşi rolul lor în sterilitatea tubară nu este neglijabil.

Factorii ovarieni pot produce sterilitate, fie printr-o tulburare a ovulaţiei, fie printr-o tulburare în secreţia hormonală a ovarului şi prin afecţiunile organice ovariene.

Tulburările funcţionale ale sistemului diencefalo-hipofizo-ovarian în majoritatea cazurilor cauza sterilităţii ovariene. Insuficienţa progesteronică, tulburările de ovulaţie (anovulaţia), chisturile distrofice ale ovarelor, malformaţii congenitale: agenezia ovariană (sindrom Turner) este cauză absolută de sterilitate; inflamaţiile ovarului (ovarita urliană) şi tumorile ovariene, care, prin frecvenţa lor redusă au un rol mai limitat în sterilitatea ovariană; factorii endocrino-metabolici produc sterilitatea prin răsunetul pe care-l au asupra funcţiei ovariene. Aici trebuie să amintim în primul rînd marile sindroame hipofizare: acromegalia, gigantismul, sindromul Cushing, Simmonds, Frölich, apoi boala lui Basedow, Addison, diabetul zaharat şi obezitatea.

Cauze generale. Predispoziţia constituţională are un rol favorizant; femeile de tip *intersexual* prezintă

Scanned with OKEN Scanner

rareori sarcini. *Bolile generale* pot influența fertilitatea (anemiile, sifilisul, nefritele cronice, tumorile maligne etc.); *tulburările în alimentație* au un rol incontestabil; *abuzurile* de alcool, tutun, morfină etc.

DIAGNOSTICUL

Cuprinde un ansamblu de examinări clinice și de laborator, care interesează aproape toate aspectele actuale ale ginecologiei. Stabilirea unui diagnostic cauzal este o condiție indispensabilă aplicării unui tratament corect.

Diagnosticul sterilității necesită excluderea participării factorului masculin și se realizează prin examenul clinic al soțului.

Examenul partenerului este indispensabil. Se știe că 25% din sterilitatea conjugală este de origine masculină (oligospermie, azoospermie, asteno-necrospermie). Examenul spermei se va face în toate cazurile: concentrația, mobilitatea și vitalitatea spermatozoizilor.

În *lichidul spermatic* — după 3—4 zile de repaus sexual — ținut în condiții de căldură constantă și optimă (37°), se urmărește: *mobilitatea,* 85% reprezintă mișcări normale (normospermie), iar 15% mișcări lente (astenospermie); *vitalitatea,* în mod normal spermatozoizii își păstrează mobilitatea: timp de o oră — 90%, 2 ore — 80%, 4 ore — 65%, 6 ore — 15%, 12 ore — 0; *concentrația;* numărarea spermatozoizilor cu ajutorul camerei Bürker (după diluarea lor 1/10 cu sol. cloramină) dă următoarele aprecieri: sub 40.000 de spermatozoizi = *oligospermie,* între 40.000—200.000 spermatozoizi = *normospermie,* peste 200.000 spermatozoizi = *hiperspermie,* lipsa totală de spermatozoizi = *azoospermie; caracterul morfologic:* 80% dintre spermatozoizi sînt normali; 20% spermatozoizi sînt anormali.

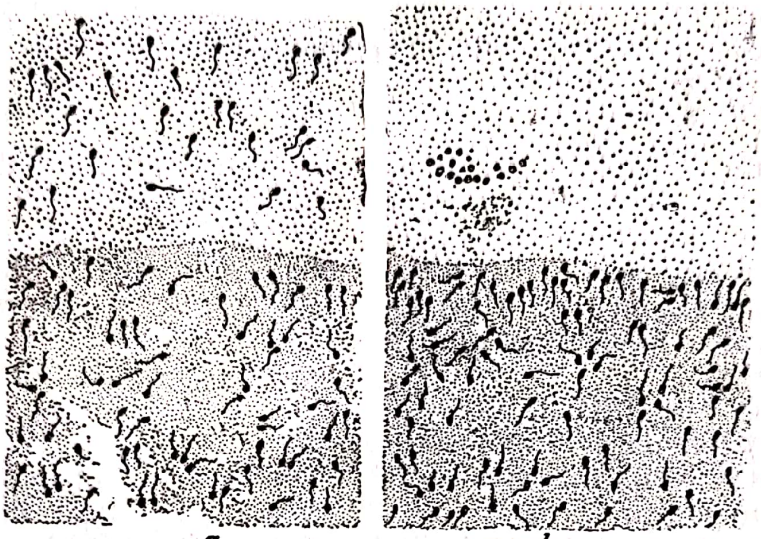
Examenul partenerei începe cu o anamneză amănunțită, insistîndu-se asupra *antecedentelor heredo-colaterale, antecedentelor personale, fiziologice* (menarha, ciclurile menstruale), *comportamentul sexual, patologice* (medicale, chirurgicale etc.); *antecedentele ginecologice și obstetricale* (afecțiuni congenitale, afecțiuni inflamatorii, afecțiuni tumorale, tulburări neuro-endocrine, tulburări de statică, numărul avorturilor, numărul nașterilor).

Examenul clinic ginecologic constă din examenul clinic general și genital: *tactul vaginal* asociat cu palparea abdominală, permite o evidențiere la nivelul vaginului, colului, corpului uterin și în lojile anexiale, a factorilor cauzali. *Cercetarea infecțiilor latente* (V.S.H., leucocitoză, examen bacteriologic, antibiogramă) și *examenul secreției* vaginale și cervicale, urmat de colposcopie, vor completa investigațiile de laborator efectuate anterior.

Prezintă interes *starea chimismului glerei. Testul cristalografic* (pe o lamă, puțină gleră, recoltată direct din cavitatea cervicală — în săptămîna de la mijlocul ciclului menstrual; se lasă să se usuce la temperatura camerei; se montează la microscop și apare aspectul de *ferigă* în situații normale, cînd permite ascensiunea spermatozoizilor; în caz contrar, testul este *negativ* și sterilitatea poate fi de origine *cervicală).*

Scanned with OKEN Scanner

• *Ascensiunea spermatozoizilor* în căile genitale ale femeii este accesibilă explorării la nivelul vaginului, colului şi chiar al corpului uterin. Se 2—6 ore la medic, se recoltează separat conţinutul vaginal, secreţia cervicală şi cea endocervicală şi se examinează între lamă şi lamelă.



a *b*

Fig. 120 — *Testul Kurzrock:*
a — spermatozoizii pătrund în glera cervicală = test pozitiv; *b* — spermatozoizii nu pătrund în glera cervicală = test negativ. Glera este patologică.

constată prin *testul lui Kurzrock:* se pune pe o lamă la microscop o picătură din gleră, recoltată direct din cavitatea cervicală, o altă picătură din lichidul spermatic, se acoperă cu o lamelă ambele picături, ca ele să conflueze, se lasă 3 ore în condiţii de căldură la 37°, se montează lama la microscop şi se examinează: în cazul că spermatozoizii invadează glera există o compatibilitate între spermatozoizi şi gleră, testul este *pozitiv,* în caz contrar testul este *negativ.*

Testul postcoital cervical (Sims—Huhner) se execută în faza hidrică a ciclului, la mijlocul lui (±3 zile). Tehnica este simplă: după o abstinenţă de cîteva zile, femeia are un raport sexual după care păstrează decubitul dorsal cu bazinul ridicat pe o pernă circa $^1/_2$ de oră. Fără a face vreo spălătură vaginală, cu un tampon vulvar, se prezintă după Testul este *pozitiv* dacă se constată 1—25 spermatozoizi mobili pe cîmp. Testul este *negativ,* dacă se găsesc spermatozoizi cu mobilitate redusă sau imobili.

• *Explorarea permeabilităţii tubare.* a) *Insuflaţia utero-tubară* este o metodă de explorare a permeabilităţii tubare prin cercetarea trecerii în peritoneu a unui gaz (O_2, CO_2, aer) introdus sub presiune (250 mm Hg) prin uter în trompe. Se recomandă utilizarea acestui procedeu între ziua 5—11-a a ciclului. Senzaţiile dureroase, în cursul inflamaţiei, sînt un semn de patologie tubară.

b) *Cromodiagnosticul permeabilităţii tubare* se bazează pe faptul că anumite substanţe colorante sînt resorbite numai la nivelul peritoneului pelvian. Introducerea lor prin perfuzie utero-tubară şi constatarea eliminării lor pe cale urinară, indică existenţa unei permeabilităţi tubare.

Scanned with OKEN Scanner

Speck a utilizat fenol-sulfonftaleina (P-S-P). Tehnica: se introduce, cu o canulă uterină etanşă, 15 ml soluţie P.S.P. 0,5‰ iar după 30 minute, se recoltează urina şi se evidenţiază P.S.P. prin adăugare de hidroxid de

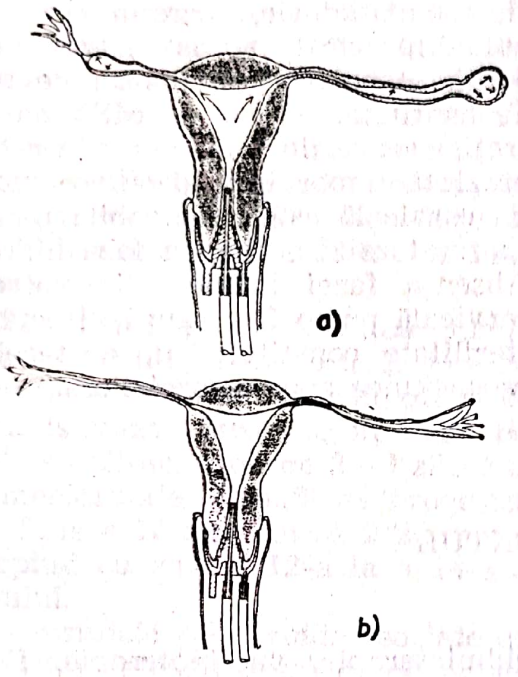


Fig. 121 — *Insuflaţie cervico-histero-tubară cu aparatul lui Semm:*

a — în obstrucţia periferică presiunea CO_2 pînă la 150 mm mercur; *b* — în obstrucţia intramurală presiunea CO_2 pînă la 300 mm mercur.

sodiu 10%. Prezenţa P.S.P. se traduce printr-o culoare roz sau roşie.

Aburel a înlocuit P.S.P. cu soluţie de indigo-carmin 3‰, care are avantajul că îşi manifestă direct eliminarea urinară, fără să mai fie nevoie de un reactiv special. Se recoltează urina la 30 minute şi la 2 ore de la perfuzia utero-tubară şi se compară cu un etalon prestabilit. Se iau: 5 eprubete, în fiecare se pun 10 ml urină proaspătă, în prima eprubetă nu se adaugă nimic, în a doua eprubetă se pune o picătură de indigo carmin, în a treia eprubetă se pun două picături de indigo carmin, în a patra eprubetă se pun trei picături de indigo carmin, în a cincea eprubetă se pun 6 picături de indigo carmin.

După injectarea intrauterină a indigo carminului, la 30 minute şi la 2 ore, se sondează bolnava şi se compară urina extrasă cu etalonul de mai sus. Dacă are culoarea din eprubeta 5 = intens pozitiv, dacă are culoarea din eprubeta 4 = slab pozitiv, dacă are culoarea din eprubeta 3 = negativ, dacă are culoarea din eprubeta 2 = negativ.

La femeile cu permeabilitate tubară normală se observă, după 30 minute, o culoare verde a urinii, care se accentuează în următoarele ore. În caz de obstrucţie tubară, ambele probe de urină sînt necolorate.

c) *Histerosalpingografia* este o metodă radiologică de punere în evidenţă a cavităţilor cervico utero-tubare, prin injectarea în cavitatea uterină a unor substanţe radioopace. Substanţa de contrast utilizată curent este Lipiodolul 40%. Introducerea substanţei de contrast se face cu o canulă uterină etanşă, vîrful acesteia fiind introdus în canalul cervical. Histerosalpingografia rămîne unul dintre mijloacele cele mai precise pentru stabilirea exactă a sediului şi gradului de alterare a permeabilităţii tubare. Ea ne dă rezultate superioare insuflaţiei utero-tubare, deoarece localizează exact sediul obstacolului şi dă indicaţii şi asupra gradului de alterare a cavităţii uterine, a peretelui tubar, (malformaţii, deviaţii uterine, tumori, polipi endouterini, stenoze etc.).

• *Aprecierea funcţiei ovarului.* Prezenţa sau absenţa ovulaţiei se stabileşte cu ajutorul testelor de ovulaţie, dintre care cele mai sigure şi utilizate în practica curentă sînt: *măsurarea temperaturii bazale, examenul citohormonal al conţinutului vaginal, cercetarea cristalizării mu-*

cusului cervical, biopsia de endometru și dozările hormonale.

Secreția cervicală, recoltată pe o lamă și lăsată să se usuce la aer

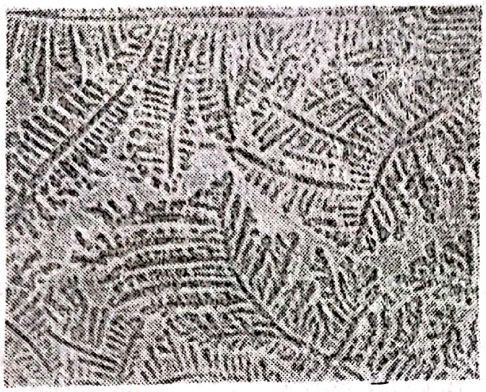


Fig. — 122 *Examenul glerei cervicale:* cristalografia.

timp de cîteva minute, prezintă aspecte de cristalizare în arborizații abundente, comparate cu o *frunză de ferigă* (Rydberg) sau cu *frunze de palmier* (Zondek). Cristalizarea se datorește clorurii de sodiu asociată cu mucina. În perioada preovulatorie și ovulatorie, secreția cervicală uscată prezintă o cristalizare abundentă. Aspectul cristalizării depinde de cantitatea și nu de calitatea secreției cervicale. Cercetarea acestora prezintă importanță, deoarece secreția cervicală este permeabilă pentru spermatozoizi numai în faza hidrică. Absența fazei hidrice din secreția cervicală poate fi o cauză directă de sterilitate, constituind un obstacol în ascensiunea spermatozoizilor.

TRATAMENTUL

Tratamentul profilactic. Măsurile profilactice urmăresc *evitarea infecțiilor* și tratamentul *infantilismului genital.*

• Supravegherea medicală a dezvoltării pubertății este necesară pentru evitarea și instituirea din timp a tratamentului hipoplaziei genitale.

Tratamentul curativ va fi etiologic și patogenetic. Mijloacele folosite sînt: medicamentoase, hormonale, fizice și chirurgicale. Reușita tratamentului depinde de natura factorului etiologic, de exactitatea indicației, de precocitatea cu care este aplicat și de vîrsta femeii.

Tratamentul medical se adresează *inflamațiilor* localizate la diverse segmente ale aparatului genital. Succesul acestuia depinde de precizarea cauzei și identificarea germenului. În procesele inflamatorii cronice, tratamentul este polivalent și constă din chimioterapie, vaccinoterapie, fizioterapie, balneoterapie. În sterilitatea tubară, consecutivă metroanexitelor tuberculoase, tratamentul va fi specific: streptomicină, hidrazidă, P.A.S., asociate cu helioterapie marină.

Tratamentul hormonal vizează corectarea carențelor constatate prin examenul clinic și de laborator.

Sterilitatea de *origine ovariană* se tratează etiologic, atunci cînd cauza tulburărilor hipofizo-ovariene este evidentă. În *ovarita sclero-chistică,* tratamentul cu androgeni și progesteron, sub formă de lutestan forte, dă rezultate. Se administrează în total 2—3 fiole, tot la 3 zile cîte una, în a doua jumătate a ciclului. La femeile tinere, administrarea progesteronului în doze fracționate a 10 mg, tot a 2-a zi, în a doua jumătate a ciclului, aduce ameliorări importante, total (60—80 mg pe ciclu). În *en-*

Scanned with OKEN Scanner

dometrioza ovariană se administrează lutestan în doze de 100—150 mg pe ciclu, timp de 2—3 luni consecutiv. *Disovulația*, și în special *anovulația*, se tratează prin administrare de gonadotrofine. În cursul primei faze a ciclului — faza foliculinică — se administrează gonadotrofină serică (FSH) în doză de 1000 u. la 2 zile, începînd cu ziua a 6-a pînă în ziua a 12-a a ciclului, după care se administrează gonadotrofină corionică (prolan—LH) în perioada presupusei ovulații; doza este de 1000—2000 u. zilnic în zilele a 12-a, 13-a și a 14-a a ciclului.

Clomifenul produce, după administrare, *ovulația artificială*. Pentru stimularea ovulației și a hipofizei se administrează estrogeni în doză de 1—2 mg zilnic, timp de 2—3 zile după menstruație, urmată de progesteron fiole a 10 mg, tot la 2 zile una, începînd cu ziua a 12-a la a 14-a a ciclului.

În *insuficiențele tiroide* asociate cu tulburări de ciclu ovarian, extractele tiroidiene asociate tratamentului cu hormoni ovarieni dau rezultate bune.

În cadrul *fizioterapiei* vom recomanda: razele ultra-scurte, diatermia sau diatermocoagularea exocervicală, pentru asanarea infecțiilor cronice, localizate la nivelul colului uterin (exo-endocervicite erozive).

Balneoterapia. Influența factorilor balneari este complexă. Băile cloruro-sodice, sulfuroase și nămolurile sînt indicate sub formă de băi calde de șezut, irigații vaginale sau împachetări și tampoane cu nămol. Acțiunea lor este de a resorbi infiltratele post-inflamatorii, prin modificarea circulației din micul bazin. Tratamentul balnear se va repeta în 3—6 ani consecutiv. Sînt recomandate stațiunile: Sovata, Bazna, Ocna-Sibiului sau pe litoral: Techirghiol, Eforie Nord, Eforie Sud și Mangalia.

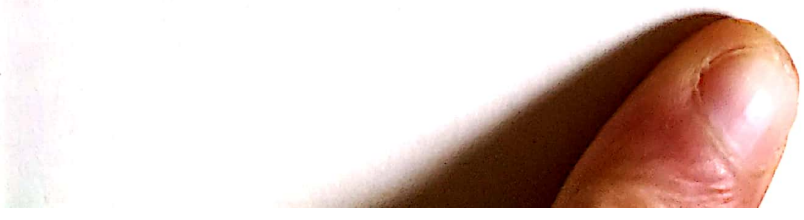
Tratamentul chirurgical se aplică cazurilor de sterilitate tubară prin obliterare sau stenoză, rebele tratamentului conservativ medical. Chirurgia tubară este variată, iar alegerea metodelor depinde, în primul rînd, de felul și localizarea leziunilor tubare. Perfecționarea tehnicilor chirurgicale, apariția antibioticelor și, în special, alegerea judicioasă a cazurilor au îmbunătățit mult rezultatele tardive în chirurgia sterilității.

Salpingoliza constă în decolarea trompelor din aderențele înconjurătoare, restabilind funcția normală a trompei. Se recurge la această intervenție atunci cînd, în afară de aderențele perianexiale, mai există și alte leziuni care necesită intervenția chirurgicală.

Salpingostomia sau *salpingo-stomatoplastia laterală* sau terminală constă în formarea unui orificiu artificial la capătul abdominal obstruat al trompei. Înainte de intervenție este necesară înlăturarea infecției din lumenul tubar. Permeabilitatea, obținută prin intervenție, se poate verifica post-operator prin insuflație utero-tubară și poate fi întreținută ulterior cu perfuzii utero-tubare (antibiotice + hidrocortizon). Se recomandă o histerosalpingografie de control, după 6 luni — 1 an de la operație.

Implantația tubo-uterină este indicată în obstrucțiile și stenozele interne (istmice-interstițiale). Procedeul constă în implantarea în uter a porțiunii sănătoase tubare după o prealabilă rezecție a zonei obstruate.

Implantarea ovarului în uter se execută în obliterările complete sau în absența trompelor (extirpate în urma unor operații anterioare). Implantarea se poate face numai dacă este conservată inervația și vascularizația ovarului!



Scanned with OKEN Scanner

Prognosticul tratamentului chirurgical nu este prea strălucit, rezultatele pot fi însă mult ameliorate prin excluderea de la tratamentul chirurgical a cazurilor cu leziuni grave, ireversibile ale anexelor.

Cunoașterea amănunțită a fiziopatologiei aparatului genital feminin, progresele tehnice și utilizarea de noi medicamente au creat o bază științifică în diagnosticul și terapia sterilității.

Din punct de vedere organizatoric, înființarea unor cabinete medicale pentru consultații și tratamentul sterilității sînt o necesitate, care reiese din complexitatea și greutatea rezolvării acestei probleme.

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE ALE CONTRACEPȚIEI

La noi în țară prevenirea voită, temporară sau definitivă a sarcinii este justificată *în cazurile în care sarcina ar pune în pericol viața mamei prin agravarea unei afecțiuni preexistente* sau pentru prevenirea transmiterii unei boli ereditare la făt.

Găsirea *anticoncepționalului* ideal (securitate 100%) fără efecte secundare asupra sănătății fizice sau stării emoționale a ambilor parteneri conjugali, motivează numeroasele cercetări care se fac în această direcție în diferite țări. Mijloacele anticoncepționale existente pînă în prezent pot fi grupate după cum urmează: mijloace biologice, mecanice, chimice, combinate, imunologice.

MIJLOACE BIOLOGICE

1) *Contracepția cu hormoni steroizi* (tablete anticoncepționale). Sînt produși sintetici în compoziția cărora intră un steroid estrogenic (etinilestradiol sau etinilestradiol-trimetileter) și un steroid cu efect progesteronic, cu nucleu derivat din 19 nortestosteron (nucleu estran), testosteron (nucleu androstan) sau progesteron (nucleu pregnan). Administrarea lor se face începînd cu ziua a 5-a a ciclului menstrual, timp de 21 zile, cu reluare tot în ziua a 5-a a ciclului următor. Pentru a se evita unele efecte secundare (grețuri) se recomandă administrarea seara, înainte de culcare.

În funcție de combinația compușilor constituienți există două tipuri de hormoni steroizi (progestative de sinteză):

a) *Tipul combinat* — fiecare tabletă conținînd estrogen și progestativ (toate tabletele fiind la fel). La noi în țară, tipul combinat este reprezentat de *Anovlar* (acetat de noretindron 2—3 mg+0,05 mg etinilestradiol) și *Lyndiol* (lisosterol 2,5—5 mg+mestranol 0,075—0,15 mg).

b) *Tipul sequențial* — la acest tip, primele 15 tablete conțin numai estrogen, iar restul de 5—6 conțin combinație de estrogen și progestativ. La noi în țară avem *Alternyl* (mestranol 0,08 mg pentru o tabletă, la primele 15 tablete și combinația mestranol 0,08 mg+acetat de cloramdinon 3—5 mg, în următoarele 5—6 tablete).

Acest tip este mai fiziologic, fiind mai puțin drastic, din punct de vedere al inhibiției hipotalamice. De aceea se întîlnesc mai rar amenoreele secundare, după tratament, în comparație cu tipul combinat. Din punct de vedere al efectului anticon-

Scanned with OKEN Scanner

ceptional, dau un grad de securitate mai mic (97%) în comparaţie cu tipul combinat (99%).

Mecanismul de acţiune a tabletelor anticoncepţionale constă în inhibiţia factorilor de eliberare hipotalamici pentru FSH şi mai ales pentru LH ciclic, preovulator. Consecinţa este inhibiţia ovulaţiei. Prevenirea

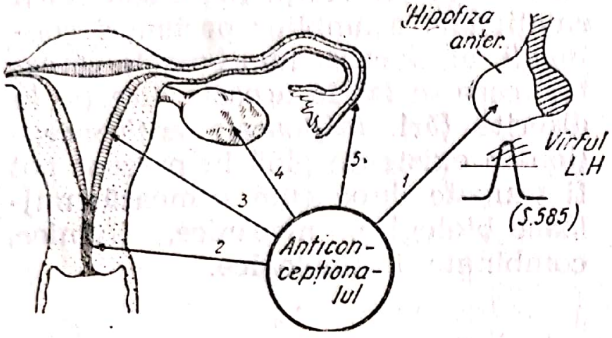


Fig. 123 — *Mecanismul de acţiune al tabletelor anticoncepţionale* (după Benson): *1* — blocarea sistemului hipofizar; *2* — modificarea secreţiei cervicale; *3* — modificarea endometrului; *4* — modificarea funcţiei endocrine a ovarului; *5* — modificarea peristaltismului tubar.

implantării oului, prin modificări ale endometrului. Modificări ale motilităţii tubare. Creşterea viscozităţii glerei cervicale (care devine ostilă spermatozoidului).

Efecte secundare. Cel mai frecvent se remarcă: greţuri, edeme, mastodinie, cefalee, adenoză mamară, metroragii, cloasmă, creşterea fibroamelor etc. (efecte estrogenice). Se remarcă şi efectele progesteronice ca: oboseală, scăderea libidoului, creşterea apetitului, creşterea în greutate, micoză vaginală etc.

Avînd în vedere numeroasele complicaţii ce pot surveni ca urmare a efectului estrogenic se impune o anamneză şi un examen clinic minuţios, înaintea administrării lor. Se contraindică administrarea în următoarele cazuri: înainte de terminarea dezvoltării fizice, antecedente heredo-colaterale de accidente vasculare cerebrale sau cardiace, insuficienţă circulatorie cerebrală, migrene şi boli convulsivante, decompensare cardiacă, hepatită epidemică recentă sau insuficienţă hepatică, diabet zaharat, insuficienţă renală, boala trombo-embolică sau teren predispozant (varice pronunţate), cancer mamar sau genital, fibromatoză uterină.

Remarcăm rolul deosebit de important al progestativelor de sinteză în tratamentul tulburărilor de ciclu menstrual, a degenerescenţei chistice ovariene, endometriozei şi ca tratament adjuvant în inflamaţiile genitale cronice.

2) *Metoda raporturilor periodice (metoda calendarului).* Metoda se bazează pe faptul că ovulaţia, în majoritatea cazurilor, are loc cu aproximativ 14 zile înainte de menstruaţie, precum şi pe constatarea că viaţa spermatozoidului în canalul genital ar fi de 48 ore, iar fecundabilitatea ovulului de 24 ore. Astfel, în cursul ciclului menstrual există o perioadă de fertilitate de aproximativ 3 zile

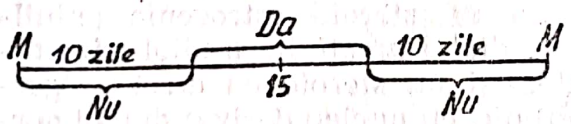


Fig. 124 — *Ciclul catamenial:* MM = ciclul catamenial (30 zile × Ciclul se divide în 3 decade: înainte de menstruaţie cu 10 zile, în timpul şi după menstruaţie 10 zile fecundaţia nu se produce. Din ziua a 15-a ± 5 zile fecundaţia se produce normal (legea OGINO-KNAUSS).

preovulator şi o zi postovulator. Determinarea momentului ovulaţiei este dificilă la persoanele cu cicluri neregulate. Să nu uităm şi posibilitatea unei ovulaţii reflexe, în timpul unor raporturi sexuale de trăire intensă.

Momentul ovulaţiei poate fi determinat prin măsurarea temperaturii bazale, matinal, în cursul mai multor

Scanned with OKEN Scanner

cicluri. Pentru o şi mai mare precizie, putem utiliza şi dozarea pregnandiolului urinar. Se poate realiza o diagramă relativ exactă.

La un ciclu menstrual regulat (28 zile), *perioada de fertilitate ar fi cuprinsă între ziua 10-a şi ziua 17-a.*

3) *Coitul întrerupt nu se recomandă,* fiind o metodă foarte nesigură, care poate antrena tulburări nervoase sau psihice, de insatisfacţie erotică, mai ales la femei.

4) *Sterilizarea chirurgicală la femeie* (legarea trompelor). Se face numai voluntar, la femeile ce au cel puţin patru copii sau din motive de sănătate (boli ereditare, cu ocazia celei de a treia cezariene iterative etc.). În timpul aplicării ligaturii pe trompă, e foarte important să nu compromitem vascularizaţia trompei şi, în consecinţă, parţial a ovarului, care poate degenera chistic.

5) *Sterilizarea chirurgicală la bărbat.* În unele ţări se practică vasectomia (ligatura dublă a fiecărui canal deferent). Metoda nu a cîştigat teren, întrucît s-a constatat impotenţă sexuală psihică (masculinitatea şi potenţa sînt asociate, cel puţin pe plan psihic).

MIJLOACE MECANICE

1) *Aplicate la femeie.* a) *Obturatoare feminine: diafragma* se aplică în vagin înaintea contactului sexual. Se menţine pe loc 6—12 ore, după raportul sexual. Aplicarea vaginală se face în poziţie oblică, inelul sprijinindu-se pe simfiză, osul sacru şi muşchii ridicători anali. Nu pot fi utilizate la femeile cu relaxarea planşeului pelvian sau cistocel; *cupa cervicală* poate fi aplicată mai ales la multipare (col hipertrofic şi de formă cilindrică); *ventuza* şi *vimula* se folosesc cu succes la primipare (colul conic), fixarea realizîndu-se pe fundurile de sac vaginale.

Pentru folosirea obturatoarelor se impune un instructaj special, existînd dificultăţi în aplicarea şi îndepărtarea lor. Uneori produc iritaţii vaginale. Grad de securitate 90—94%.

b) *Dispozitivele intrauterine* (DIU). Sînt confecţionate din material plastic şi au forme diferite. Cele mai utilizate sînt: bucla Lippes, spirala dublă Saf-T. Grad de securitate cca 95—97%.

Mod de acţiune. Prezenţa dispozitivului în cavitatea uterină, determină: *iritaţia mecanică a endometrului, făcîndu-l* impropriu implantării blastocistului. Dacă implantarea are loc, ea este defectuoasă şi se termină cu avort timpuriu; *hipermotilitate tubară,* prin care oul este eliminat nematurizat în cavitatea uterină.

Indicaţii: la persoanele cu contraindicaţii în folosirea „tabletelor anticoncepţionale", la bolnavele cu tulburări psihice, cu indicaţii de anticoncepţie, care nu pot respecta strict programul de folosire a „tabletelor anticoncepţionale".

- *Contraindicaţii:* sarcină, inflamaţii subacute sau acute pelvi-genitale; fibromatoză, uter bicorn sau septat, polimenoree sau metroragie, exo-endocervicită.
- *Mod de aplicare:* înainte de aplicarea dispozitivelor se impune un

examen genital atent pentru a exclude contraindicaţiile. În condiţii de *asepsie,* după o prealabilă *histerometrie,* se introduce dispozitivul intrauterin, cu ajutorul unui tub. Să fim atenţi ca diametrul transversal al dispozitivului în cavitatea uterină să ocupe diametrul transvers al uterului. În momentul înlăturării tubului, *firul ataşat dispozitivului, apare în vagin* (mijloc de verificare periodică şi de înlăturare a dispozitivului).

• *Complicaţii, contracţii uterine* cu eliminarea dispozitivului, caz în care trebuie introdus altul cu 1—2 numere mai mare; *salpingită acută* (cca 2%), rezultată din reacutizarea unor focare cronice. În acest caz se impune tratament masiv antibiotic, cu spectru larg. De cele mai multe ori se obţine succes terapeutic, chiar cu menţinerea dispozitivului intrauterin pe loc. *Metroragii, exo-endocervicită,* cu hipersecreţie vaginală. În acest caz e necesară eliminarea dispozitivului şi tratarea exo-endocervicitei (atenţie la neoplasmul de col).

2) *Mijloace aplicate la bărbat* (prezervative sau condoame). Prezervativele sînt confecţionate din cauciuc sau material plastic. Dau un coeficient mare de securitate în cazul în care se aplică corect (înainte de începerea actului sexual), sînt de mărime corespunzătoare şi sînt intacte. Singurul dezavantaj este reducerea sensibilităţii suprafeţelor erogene şi scăderea libidoului.

MIJLOACE CHIMICE

Preparate spermicide, care se găsesc în comerţ sub formă de soluţii pulverizante, creme, geleuri, ovule sau tablete. Au în conţinutul lor substanţe spermicide, bazate pe nitrat phenil mercur. Gradul de securitate este mai redus 88—92%. Ca dezavantaj se menţionează diminuarea plăcerii sexuale, datorită hiperlubrificării vaginale. Uneori produc iritaţii vaginale datorită modificării florei vaginale normale. Mijloacele chimice, în combinaţie cu cele mecanice, dau un grad mare de securitate.

În ultimul timp se experimentează şi mijloacele *imunologice de contracepţie.*

Scanned with OKEN Scanner

NOȚIUNI DE GINECOLOGIE INFANTILĂ

Ginecologia infantilă — disciplină recentă — se ocupă cu morfofiziologia și morfopatologia organelor genitale ale fetiței, urmărite și corelate în dezvoltarea lor cu întreg complexul organic, deci pînă la maturizarea morfofuncțională deplină. Astfel definită, se înțelege că pentru activitatea eficientă în domeniul ginecologiei infantile este necesară o bună cunoaștere a morfofiziologiei și morfopatologiei organelor genitale ale fetiței. Clasificarea ginecologică a vîrstelor copilăriei deosebește un teren oestrogenizat, de unul neoestrogenizat.

• În timpul vîrstelor convenționale acest teren se modifică de trei ori și din acest punct de vedere Peter și Vesely disting trei perioade:

— perioada hormonală a nou-născutei,

— perioada de liniște hormonală

— perioada de maturizare sexuală.

Etapa hormonală a nou-născutei durează 2—3 săptămîni. Ea se află sub influența *hormonilor materni,* în special estrogeni, determinînd caracterul funcțional al *receptorilor periferici* (endometru, vagin, glandă mamară) la naștere și imediat după naștere. Lipsa unui nou aport și eliminarea stocurilor existente produc *fenomene de privațiune hormonală,* hiperemia și tumefacția mamară, secreția lactescentă (lapte de vrăjitoare), metroragie și fluor neonatalis, care constituie *criza genitală.*

Etapa de liniște hormonală durează pînă la 10 ani (prima și a doua copilărie). Copilul nu este definit sexual cu excepția organelor sale genitale externe și interne. Caracterele sexuale secundare sînt absente.

Glandele endocrine implicate în dezvoltarea sexuală nu își manifestă activitatea.

Etapa de maturizare sexuală (pubertatea) este caracterizată printr-o serie de modificări psiho-somatice. Apariția caracterelor sexuale secundare și terțiare (psihice) creează diferența tipologică sexuală (în afara gonadelor și organelor sexuale externe). Durează 2—4 ani, fenomenele care se produc au o gradare progresivă în funcție de acumularea cantitativă a hormonilor ovarieni, determinînd o *fază prepuberală* și o *fază puberală.* Limita dintre faza prepuberală și cea puberală este dată de apariția *menarhei,* iar sfîrșitul acestei perioade este marcat de apariția ciclurilor ovulatorii regulate, *fetița devenind nubilă.*

Apariția *caracterelor sexuale secundare* se produce în general într-o ordine cronologică. Cele 3 mari caractere specifice sexului feminin sînt: *glanda mamară, pilozitatea pubiană* și *pilozitatea axilară.* Dezvoltarea acestor caractere este cunoscută sub numele de *telarchă* (dezvoltarea sînilor), *pubarchă* (dezvoltarea pilozității), *menarchă* (prima menstruație) — constituie indiciul obiectiv al începutului pubertății. Vîrsta

Scanned with OKEN Scanner

medie a menarchei la fetițe este de 12—14 ani (cu variații individuale destul de mari). Aceste variații depind de factorii de mediu și de factorii constituționali individuali.

Pubertatea nu este un fenomen exclusiv sexual, ci unul *general*, cuprinzînd creșterea echilibrelor anatomice, funcționale ale organelor și sistemelor, viața psihică etc. Pubertatea va depinde de conjuncția mai multor maturații. *Maturarea axului hipotalamo-hipofizar-ovarian* fiind numai una dintre acestea. Dezvoltarea caracterelor sexuale secundare nu începe de exemplu decît atunci cînd *vîrsta osoasă a atins 10—12 ani.* Acolo unde dezvoltarea scheletului a rămas în urmă, maturizarea sexuală întîrzie și ea.

Între apariția telarchei, pubarchei și menarchei se scurge o perioadă de timp care variază între 2—3 ani.

• apariția menarchei nu conferă fetiței și calitatea de procreare. *Primele ovulații potențial fertile* apar după un număr de cicluri menstruale anovulatorii (6—30).

Investigația în *ginecologia infantilă* oferă anumite particularități legate de morfologia organelor genitale care nu permit o explorare ca la adult, vîrstă dificilă pentru anamneză, considerentele sociale și medico-legale.

Confruntarea rezultatelor examenului clinic și de laborator este necesară pentru precizarea unui diagnostic corect. De un real folos este colaborarea cu alți specialiști, pediatri, endocrinologi, neuro-psihiatri. Toate aceste considerente determină o adaptare a medicului condițiilor, fiind indicate blîndețea, adoptarea metodelor și a comportării pediatrului, utilizarea unui instrument adecvat. În general se respectă în cadrul examenului ordinea din toate disciplinele medicale: anamneză, examen clinic, și examene paraclinice.

Examinarea sferei genitale se face pe masa ginecologică. Ea cuprinde: *inspecția, tușeul vaginal; tușeul rectal, examinarea endoscopică* a vaginului și colului. *Instrumentul* cuprinde: pipete lungi și subțiri de sticlă, specul mic auricular, uretroscop (pentru explorarea endoscopică a vaginului), pense lungi pentru extragerea corpilor străini vaginali, lame de sticlă și lamele.

Tușeul rectal combinat cu palparea abdominală se poate face începînd de la vîrsta de 3 ani. Se face cu degetul mic sau indexul. Tușeul rectal ne poate oferi suficiente date pentru diagnosticarea inflamațiilor utero-anexiale, a tumorilor vagino-cervicale și ovariene și a corpilor străini intravaginali.

Tușeul vaginal bimanual se poate practica după vîrsta de 9 ani, numai în prezența unui orificiu himenal cu o circumferință apreciabilă cu *margini hiperelastice* (himen complezant). Trebuie făcut cu multă atenție și numai atunci cînd tușeul rectal nu este suficient de concludent în stabilirea diagnosticului.

Examinările paraclinice, explorările hormonale, dozările hormonale, examenul bacteriologic, examenul citohormonal și biochimic, frotiu vaginal, determinarea pH-ului, glicopexia vaginală sînt de un real folos în stabilirea diagnosticului.

Activitatea ginecologică infantilă, se poate împărți în *ambulatorie* și de *staționar.*

1) *Activitatea ambulatorie* în policlinică este importantă nu numai pentru diagnostic dar și pentru profilaxie, prin sfaturile pediatrului și ale medicului școlar și pentru tratamente.

2) *Internarea în staționar* se recomandă cazurilor cu anomalii ale organelor genitale, a cazurilor de operat, a tumorilor precum și celor cu

Scanned with OKEN Scanner

modificări ce necesită o pregătire estetic funcțională (exemplu sindromul adreno-genital), tulburările hormonale care nu răspund la tratamentele obișnuite, hemoragiile pubertare și juvenile, în special asociate cu anemii și alte complicații. De asemenea, leucoreile rebele (gonoree, scarlatină, suspiciunea tbc), care apar în perioada maturizării sexuale, traumatismele organelor genitale, bazinului și căilor urinare, care necesită o refacere chirurgicală în colaborare cu urologul, chirurgul, ortopedul.

Inflamațiile aparatului genital la fetițe prezintă anumite caracteristici legate de dezvoltarea *morfofuncțională* genitală care diferă în *etapele biologice:*

a. *În etapa hormonală a nou-născutei* (de la naștere la 2—3 săptămîini). Prin acțiunea estrogenică indirectă sînt create condiții și există o receptivitate pentru infecții exogene, care însă sînt rare — nou-născuta fiind izolată de factorii nocivi din mediul ambiant. În această perioadă contaminarea este pasivă, prin parcurgerea filierei genitale infectante. *Secreția vaginală fiziologică* (fluor neonatalis) este formată din celule epiteliale descuamate și mucus, bacili Döederlein. Colonizarea cu germeni saprofiți are loc în primele ore după naștere.

b. *În perioada de liniște hormonală sau perioada copilăriei* (fetița impuberă de la 2—12 ani) cu activitatea hormonală proprie foarte redusă, *contaminarea* se face în mod activ prin acțiunea factorilor favorizanți din mediul extern și intern (în general lipsește contaminarea venerică).

c. *În etapa de maturizare sexuală sau perioada puberală* (pînă la aproximativ 16 ani) se produce maturizarea sexuală și cauzele specifice ale infecțiilor aparatului genital devin preponderente. Apar tablouri clinice care se deosebesc de cele ale femeii, adulte, sau încep să apară cauze caracteristice vîrstei adulte: menstruația, contactul sexual, avortul, nașterea, infecții veneriene etc.

Vaginita prin corpi străini. Introducerea de către fetițe a diverșilor corpi străini în vagin produce o *infecție secundară.*

• Cele mai frecvente obiecte extrase din vaginul copiilor sînt: *ace, agrafe, butoni, nasturi, creioane, gume etc.* Caracteristică este *leucoreea seroasă,* uneori *striată cu sînge,* iar, după apariția infecției secundare, secreția purulentă, dureri suprasimfizare, disurie, polachiurie. *Diagnosticul* este relativ ușor și se face pe baza caracterelor leucoreii, vaginoscopie, uneori localizare prin raze X. *Tratamentul* este simplu: extragerea corpului străin și cura infecției secundare.

Infestarea cu oxiuris vermicularis poate contamina pielea perineală, vulva și introitul vaginal. Produce leucoree și prurit. Examenul microscopic pune în evidență parazitoza. Tratamentul adecvat al parazitozei dă un răspuns favorabil.

Abdomenul acut de origină genitală la fetițe poate fi datorat fie *torsiunii tumorilor ovariene* sau chiar a *anexelor sănătoase,* care pot duce la infarctizări, opoplexii sau amputarea anexei respective, fie *rupturilor* unor chiste displazice și foarte rar a unei piosalpinx cu revărsarea conținutului în cavitatea peritoneală, fie *infecțiilor peritoneale* primitive cu pneumococ, streptococ, gonococ etc.

Profilaxia infecțiilor genitale constă în combaterea factorilor determinanți și favorizanți. Se recomandă: igienă generală, toaletă zilnică a organelor genitale externe și a regiunii anale cu apă și săpun, lenjerie și obiecte de toaletă strict personale,

Scanned with OKEN Scanner

curate, educație în familie și școli cu sublinierea importanței igienei, combaterea masturbației, combaterea focarelor de infecție, a bolilor infecțioase acute, a bolilor organice generale, a discriniilor, combaterea frigului și umezelii; alimentație rațională, bogată în vitamine, proteine și glucide, depistarea infecțiilor în stadii incipiente și instituirea oportună a tratamentului.

Hemoragiile genitale la fetița impuberă. În perioada hormonală a nou-născutei pot fi datorate *leziunilor obstetricale,* rar polipilor vaginali și crizei genitale, a cărei semnificație și simptomatologie este cunoscută; în perioada de liniște hormonală cauzele cele mai frecvente sînt *traumatismele,* prin căderi, loviri, tentative de viol, masturbare, de origine inflamatorie și datorate corpilor străini.

TULBURĂRILE PERIOADEI PUBERTARE

Pubertatea precoce. Cînd manifestările incipiente ale maturizării sexuale apar parțial sau în întregime mai devreme decît obișnuit, ele sînt urmate uneori de instalarea menstrei, fapt care scurtează perioada de liniște hormonală (la o vîrstă mai mică de 9 ani pentru țara noastră), se consideră că pubertatea a survenit precoce.

Pubertatea precoce adevărată se realizează prin secreția prematură de *hormoni gonadotrofi.* Caracterul ei complet și fiziologic este confirmat prin observațiile din literatură. Nu răspunde în general la tratament. Sînt necesare: educarea fetiței și ferirea ei de o sarcină timpurie. Dacă premenarha se instalează la o vîrstă timpurie, este necesară o terapie de inhibiție a secreției gonadotrofinelor hipofizare (medroxiprogesteronul 150 mg la două săptămîini la fetițe sub 4 ani, 150—200 mg la fetițe peste 4 ani).

În a doua categorie intră grupul *pseudopubertăților precoce* în care nu numai că fenomenele pubertare sînt anticipate, dar dezvoltarea lor este anormală sau incompletă.

Pubertatea întîrziată o considerăm cînd manifestările de sexualitate apar după 14—15 ani, iar menarcha după 16—18 ani.

Menometroragiile pubertare juvenile (hemoragiile funcționale juvenile) sînt datorate absenței corpului galben ciclic și anarhiei totale a secreției estrogenice ovariene. (Netter). Explicația fiziologică a acestui fenomen este: endometrul crește, sub influența estrogenilor, continuu, prin lipsa corpului galben, pînă cînd nivelul estrogenic în sînge inhibă producerea de F.S.H. Scăderea F.S.H.-ului face să scadă estrogenii sub nivelul necesar proliferării endometrului. Aceasta se descuamează neregulat și incomplet, timp de mai multe zile sau chiar săptămîini. Procesul se repetă, determinînd nenumărate perioade de amenoree urmate de hemoragii prelungite menstruale.

Insuficiența luteală se pune în evidență prin curba temperaturii bazale, care este totdeauna *monofazică.* Frotiurile vaginale prezintă un indice picnotic și acidofilic mai mult sau mai puțin ridicat (30—60%) fără plicaturări, fără fluctuații marcate.

Dozajele hormonale indică *valori estrogenice slabe* și absența *excreției pregnandiolului.* Cînd ovulația se stabilește definitiv, menoragiile nu mai apar. Conduita constă în temporizare, în menținerea stării generale prin vitaminizare, administrare de fier și regim bogat în proteine.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul activ este indicat numai dacă apar tulburări sau dacă se modifică testele de laborator.

• *Tratamentul hormonal* constă în administrarea de progestagene: 25 mg progesteron între a 15-a și a 25-a zi a ciclului. După 2—3 zile de la oprirea tratamentului se produce o menstruație. În cazul unor menoragii foarte mari, progesteronul singur este ineficace. Trebuie să se obțină întîi oprirea hemoragiei prin estrogeni în doze forte. Se administrează timp de mai multe zile, pînă la oprirea hemoragiei, etinilestradiol 100—150 mg pe 24 ore. După oprirea hemoragiei sau diminuarea ei, se administrează substanțe progestagene, realizînd astfel un ciclu artificial.

Traumatismele organelor genitale ale fetiței recunosc o etiologie variată care poate fi sistematizată în *patru grupe:*

a) *leziuni accidentale* (căderi, lovituri, tamponări);

b) *violul* sau *tentativa de viol;*

c) *introducerea de corpi străini în vagin;*

d) *examinările clinice sau paraclinice neabile sau brutale.*

Traumatismele vulvo-vaginale prezintă o simptomatologie caracterizată prin durere, hemoragie, febră, prin infectarea secundară a plăgilor. Ele pot îmbrăca aspectul de contuzii, plăgi, hematoame.

Traumatismele himenului se reduc la rupturi, care pot fi unice sau multiple. Rupturile întinse ale himenului pot duce la hemoragii apreciabile, care sînt favorizate de anomaliile congenitale (himen îngust, cărnos, cribriform, cu friabilitate exagerată a țesuturilor și vascularizație bogată. Tratamentul este medico-chirurgical, urmărind hemostaza, combaterea infecției și reconstituirea anatomică a țesuturilor.

Tumorile aparatului genital sînt rare la copii, au însă o potențialitate apreciabilă de malignizare. Frecvența tumorilor vulvare crește pe măsură ce copilul avansează în vîrstă. În literatură se citează cazuri atît de tumori vulvare benigne cît și maligne (angioame, lipoame, carcinoame, sarcoame).

Tumorile vaginului. Chistele vaginale, cu origină fie în glandele aberante din pereții vaginului, fie ca *vestigii embrionare,* sînt, de obicei, mici și asimptomatice, trecînd adesea neobservate. Ele își trădează prezența mai tîrziu, după începerea vieții sexuale, cînd, prin volumul lor, produc o senzație de corp străin sau dispareunie. Dimensiunea lor este de 2—10 mm, fiind acoperite de un epiteliu normal care se mobilizează pe tumoare. Este renitentă, ireductibilă, indoloră. *Ca tratament:* extirparea chirurgicală se va face numai cînd devin supărătoare.

Tumorile ovarului, care apar în epoca copilăriei, au frecvența cea mai mare în raport cu alte localizări pe traiectul genital. Apariția lor se produce, fie în epoca de impregnare hormonală, care urmează nașterii, fie în epoca prepuberală, cînd se declanșează funcția hipofizo-ovariană.

Pentru studiul tumorilor ovariene în copilărie, clasificarea lui Howard Jones și colab. (1966) este cea mai adecvată:

1. *Tumori ovariene ale nou-născutei*

2. *Tumori nefuncționale în perioada copilăriei*

3. *Tumori funcționale în perioada copilăriei.*

Simptomatologia și diagnosticul sînt variabile în funcție de natura

Scanned with OKEN Scanner

chistului, mărime, tulburări de compresiune etc. Toate tumorile ovariene descoperite întîmplător sau cu ocazia manifestărilor lor de creştere, compresiune, torsiune sau hemoragie trebuie operate. Diagnosticul precoce permite formelor benigne un tratament chirurgical, cu păstrarea totală sau parţială a gonadei. Examenul celuilalt ovar este indispensabil.

Corelaţii dintre patologia genitală şi cea generală. Patologia aparatului genital poate da tulburări la distanţă interesînd toate aparatele şi sistemele.

Tulburările nervoase, senzoriale şi psihice, de origină genitală, migrena, astenia, pot coincide cu apariţia pubertăţii şi pot fi consecinţa unor tulburări ovariene.

Scanned with OKEN Scanner

IGIENA APARATULUI GENITAL ȘI IGIENA SEXUALĂ A FEMEII

Măsurile de igienă ale aparatului genital feminin diferă în raport cu etapele fiziologice, în procesul evolutiv al dezvoltării și vîrstei. Regulile de igienă (individuală și colective) mențin organismul femeii în stare de sănătate.

În pubertate și adolescență, etape ce continuă perioada de prepubertate (cînd măsurile de igienă locale și generale revin mamei), factorul educativ din școală completează datele de igienă familiară. Educatorul și medicul școlar vor supraveghea foarte atent comportamentul fetiței și adolescentei, cu atît mai mult cu cît în aceste două etape au loc transformări fizice și psihice de o importanță decisivă. Începînd de la pubertate, familia și educatorii își vor intensifica efortul în asigurarea dezvoltării normale psihosomatice a fetiței.

Menarcha constituie un moment plin de contradicții pentru fetiță, care poate merge pînă la neliniște și panică. Rolul mamei este acela de a explica fiziologia acestui fenomen și a iniția măsurile de igienă personală cu ocazia primului flux menstrual. În această etapă pot apare devieri și vicii de comportament sexual. Lipsa de supraveghere a fetiței în această perioadă critică (cînd apare de obicei și instinctul sexual) constituie o mare greșeală. Sub acest aspect se impune o colaborarea intimă între factorii educaționali familiali și școlari.

Igiena menstruației necesită în primul rînd unele explicații din partea mamei. Menarcha însoțită de hemoragii prelungite și abundente indică internarea și instituirea unui tratament adecvat, cu explicarea necesară dată fetiței al cărei psihic labil trebuie menajat de medicul curant, care va da dovadă de multă abilitate și experiență.

Igiena menstruației necesită măsuri locale și generale.

Locale. Stagnarea sîngelui menstrual în vulvă, tegumente, poate duce la infecții. Se impune, o toaletă zilnică cu apă și săpun sub formă de dușuri călduțe, și întrebuințarea unei lenjerii de corp curate. *Spălăturile vaginale* interne *sînt contraindicate.*

Generale. În caz de flux menstrual abundent, cu menoragii, se contraindică: sportul, mersul cu bicicleta, trepidațiile, călătoriile ce presupun un efort, precum și intemperiile. De asemenea îmbăierile în ape calde și reci, fizioterapia, tratamentele locale, condimentele, băuturile și fumatul.

• Se recomandă asigurarea unor condiții corespunzătoare măsurilor de igienă personală în instituții și întreprinderi.

Igiena femeii mature (adultă). Perioada, coincide în mod normal cu începutul activității sexuale, a reproducerii și a activității profesionale, iar măsurile de igienă ridică probleme deosebite. Igiena aparatului genital va fi *unică, obligatorie* și *ri-*

Scanned with OKEN Scanner

guroasă, indiferent de activitatea profesională a femeii. Ea vizează în primul rînd o îngrijire personală, atentă, atît generală cît și locală, avînd în vedere posibilitățile multiple de îmbolnăvire. Printre primele măsuri amintim: toaleta zilnică externă, prin dușuri semicalde, lengerie de corp intimă schimbată de la zi la zi, precum și evitarea tuturor factorilor nocivi de mediu intern sau extern.

Tot în acest scop se mai recomandă evitarea trepidațiilor, a mediului umed și rece, a activității prelungite în ortostatism, efectuării muncii grele și a factorilor toxici; repausul rațional (concedii medicale după avorturi, nașteri sau alte complicații), o alimentație corespunzătoare din punct de vedere caloric și un mediu familial și social corespunzător.

Igiena femeii în menopauză. Sub aspect profilactic se impun și în această etapă măsuri de igienă ale aparatului genital.

Față de devierile femeii în menopauză (cum ar fi preocuparea față de actul sexual) se impun măsuri de îndrumare spre alte preocupări: intelectuale, sociale, cu aplicarea unui tratament corespunzător igieno-dietetic.

În cazul leucoreelor, posibile în această perioadă, se face un examen de laborator. Examenul oncologic este obligatoriu și trebuie să se acorde importanță hemoragiilor genitale.

Igiena sexuală. Viața sexuală debutează concomitent cu dezvoltarea somatică și neuroendocrină aptă actului procreerii.

Abstinența este susceptibilă de dereglări neuro-psihice cu răsunet asupra capacității de muncă, al comportamentului în familie și societate, al creației, cu manifestări din cele mai diferite, cum sînt cele: depresive, isteroide, impulsive. Practicile sexuale anormale nu sînt recomandate pentru nici unul din parteneri, fiind dăunătoare sub toate aspectele. Excesul raporturilor sexuale produce congestia aparatului genital, urmată, uneori, de dispareunie, cicluri menstruale în exces și chiar inflamații acute utero-anexiale.

În timpul fluxului menstrual, în graviditate (în caz de iminență de avort sau alte complicații din partea sarcini) precum și în anumite infecții locale, raporturile sexuale sînt contraindicate.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL CONSERVATIV ÎN AFECȚIUNILE GINECOLOGICE

Progresele făcute în ultimii ani în medicină în privința *chimioterapiei, terapiei hormonale* și a *antibioticelor,* ca și orientarea cercetărilor experimentale către precizarea mecanismelor fiziopatologice ale sferei genitale feminine, au constituit un important pas înainte.

Afecțiunile genitale feminine — în marea lor majoritate — au tendință la *cronicizare,* devenind boli de lungă durată, care cer numeroase aplicațiuni terapeutice.

MEDICAȚIA ANTIINFECȚIOASĂ

Cea mai favorabilă atitudine terapeutică antiinfecțioasă rămîne incontestabil, *repausul la pat.*

Sulfamidele sînt substanțe chimice bacteriostatice, obținute pe cale sintetică, puterea lor de acțiune fiind proporțională cu concentrația în care se găsesc. Deși depășite, în multe privințe de antibiotice, sulfamidele își păstrează o serie de indicații proprii.

Indicațiile țin de sensibilitatea mai mare a unor agenți patogeni la sulfamide; modificarea mai redusă a florei intestinale sub acțiunea lor; o acțiune prelungită, în doze mici, obținută cu noile sulfamide „depozit". Există următoarele preparate: sulfamide cu acțiune generală, care se absorb bine atît pe cale digestivă cît și pe cale parenterală, de exemplu Sulfatiazolul sau Trisulfamida; sulfamide mai puțin resorbabile pe cale digestivă (Talazol, Formosulfatiazol, Sulfoguanidina), recomandate pentru sterilizarea parțială a florei intestinale; sulfamide cu o bună eficacitate urinară (Sulfizol) realizează concentrații mari urinare; sulfamide cu acțiune prelungită, care se absorb repede și se excretă lent (Sulfametoxydiazinum, Sulfadiazina).

Deși administrate în doze mici, sulfamidele realizează titruri sanguine înalte și persistente. În general, se prescriu doze medii — 4 gr la zi. Calea de administrare: per os, injecții intramusculare sau intravenoase, sub formă de aplicații locale, pudră sau ovule vaginale. Durata tratamentului este de 6—8 zile, evitîndu-se în acest timp administrarea unor medicamente sau alimente ce conțin sulf.

Antibioticele. Intrarea în arsenalul terapeutic, în urmă cu 25 de ani, a antibioticelor, a influențat profund terapia și, în general, lupta contra infecțiilor ginecologice. Pentru obținerea unui randament maxim din aplicarea în terapeutica ginecologică a acestor medicamente, trebuie să

Scanned with OKEN Scanner

cunoaştem bine indicaţiile, modalităţile de aplicare, precum şi factorii limitativi ai utilizării lor. Alegerea antibioticului se va face după cîteva criterii. Determinarea sensibilităţii in vitro a agentului patogen — adică efectuarea unei *„antibiograme"* — ar părea cea mai importantă. Să nu uităm însă că rezultatele date de antibiogramă sînt acelea ale unui test in vitro şi aceste rezultate nu sînt întotdeauna superpozabile situaţiei in vivo (antibiograma este un test bun, dar numai orientativ!). Stabilirea dozei eficiente se face pe baza caracterelor farmacologice ale fiecărui antibiotic (absorbţie, difuzibilitate şi eliminare) şi a formelor clinice. Ritmul de administrare a antibioticului depinde desigur, în primul rînd, de rapiditatea eliminării acestuia. În ceea ce priveşte calea de administrare, ea este decisă de necesitatea asigurării concentraţiei maxime a substanţei antimicrobiene, la nivelul unde se află infecţia. Mai des se folosesc căile care asigură difuzarea antibioticului în întreg organismul: calea intramusculară, calea intravenoasă, perfuzii lente, calea orală, mai rar, numai pentru antibioticele ce se resorb pe această cale.

În cazul unor infecţii localizate se va recurge la administrări locale (infiltraţii în parametre, instilaţii-perfuzii endouterine).

Asocierea de două sau mai multe antibiotice este indicată în cazul unor infecţii mixte, stări infecţioase grave neetichetate încă etiologic, în care desigur administrarea mai multor antibiotice oferă mai multe şanse de succes. Asocierea antibioticelor cu produsele cortizonice (Hidrocortizon) în tratamentul afecţiunilor ginecologice îşi menţine indicaţia în inflamaţiile acute pelviene, cu infiltrate masive periuterine, perimetro-anexite cronice, sindroame dureroase aderenţiale obţinîndu-se o netă şi rapidă ameliorare atît a semnelor locale cît şi generale, datorită acţiunii antiinflamatorii a derivaţilor de cortizon.

Dintre antibiotice, cele mai frecvent utilizate astăzi în terapeutica ginecologică sînt: Penicilina, Streptomicina, Cloramfenicolul, Tetraciclina, Polimixina, Kanamicina, Neomicina etc.

În procesele inflamatorii acute şi subacute administrăm Penicilina, fie separat, fie asociat cu Streptomicina, fiind bine suportate de bolnave. Penicilina nefiind toxică poate fi administrată în cantităţi de 1—10.000.000 u. pe 24 ore. În inflamaţiile supurate, colecţii, se recomandă aplicarea locală a antibioticelor, astfel, după evacuarea puroiului prin puncţie se introduce 1 g Streptomicină asociată cu 800.000—1.000.000 u. Penicilină. În inflamaţiile genitale de origine bacilară se va aplica un tratament cu Streptomicină asociat cu Izoniazidă (Hichozidă) şi P.A.S., în vederea evitării rezistenţei bacteriene.

În inflamaţiile genitale cronice, cu o *leucocitoză normală* şi *V.S.H.* scăzut, în lipsa fenomenelor clinice acute, utilizarea antibioticelor este raţională numai după provocarea unei reacţii focale prin *vaccinoterapie*. În formele cronice, incomplet stabilizate, se poate recomanda administrarea antibioticelor *în timpul menstruaţiei* (infiltraţii locale), deoarece congestia menstruală uşurează aducerea antibioticului în focarul inflamator (se administrează un antibiotic atîta timp cît există fluxul menstrual, în cură de cel puţin 6 luni).

În cazul unor tratamente îndelungate cu antibiotice şi, în special, al celor cu un spectru larg de acţiune se recomandă administrarea de Stamicină (Micostatin, Fungicidin), 3—4 tablete pe zi, timp de 8—10 zile,

Scanned with OKEN Scanner

pentru a împiedica apariţia micozelor bucale şi vulvo-vaginale, precum şi vitamină B complex pentru repopularea intestinului cu flora normală.

Vaccinoterapia pare să fi fost neglijată în ultimii ani, în mod nemeritat. În infecţiile genitale cronice — în special —, aduce şi azi servicii considerabile şi adesea superioare celor date de antibiotice, a căror eficacitate este proporţională cu gradul de evoluţie a leziunilor inflamatorii. Rezultate bune se obţin şi în formele acute şi subacute, şocul vaccinal fiind capabil să „topească" un bloc inflamator anexial acut. Astfel, vaccinurile polivalente sînt cele mai indicate. Se administrează subcutanat sau intramuscular (nu prea profund), 2 injecţii săptămînal. Administrarea intravenoasă se va recomanda şi utiliza numai în cazurile în care dorim să obţinem un efect de şoc. Dozele vor fi mici — de tatonare — 0,2 cmc, crescînd în mod progresiv pînă la 1 cmc, intravenos. Vaccinoterapia provoacă, în general, o violentă reacţie generală locală şi focală. Vaccinul polimicrobian, utilizat mai frecvent, este un amestec în părţi egale de macerate de culturi de streptococ, stafilococ şi bacil piocianic.

În procesele inflamatorii cronice se utilizează următoarea schemă cu rezultat favorabil:

1. *Vaccinoterapia,* intravenos, vaccin polimicrobian, în doze crescînde, de la 0,1 ml, în fiecare zi — dacă frisonul nu a fost prea violent — sau tot a 2-a zi, în caz contrar. Cura durează 10 zile.

2. *Prednison* (preparat cortizonic) în doze scăzînde, începînd cu 30 mg/24 ore pînă la 1 mg/24 ore, urmată de ACTH (1—2 flacoane).

Cura cortizonică necesită supravegherea diurezei, variaţiilor în greutate ale bolnavei şi administrarea antibioticelor în timpul curei.

TRATAMENTUL HORMONAL

Este *substitutiv,* cînd înlocuieşte o secreţie absentă; *stimulant,* cînd excită funcţia endocrină a unei glande; *frenator,* cînd limitează secreţia unui hormon sau îi anihilează efectele.

Căile de administrare sînt: parenterală, digestivă, perlinguală, vaginală, transcutană şi implantările de cristale.

Hormonii estrogeni. Dintre *estradiol, estriol* şi *estronă,* estradiolul este forma cea mai activă. Se utilizează *benzoatul* sau *dipropionatul de estradiol,* acesta din urmă avînd efecte mai îndelungate. În ultimii ani, au fost introduşi în terapeutică o serie de *estrogeni sintetici,* avînd o constituţie chimică total diferită de aceea a estrogenilor naturali (Dietylstilboestrolul). Echivalenţa aproximativă: 1 mg estradiol = 10.000 u.i. = 1.000 u.ş. (unităţi şoarece).

Indicaţii terapeutice. Administrarea estrogenilor se face în *perioada proliferativă a ciclului menstrual,* adică în primele 14 zile de la menstruaţie. Indicaţii: amenoreele primare şi secundare, insuficienţa ovariană, hipo-oligomenoreele, hipoplazia uterină, vulvo-vaginita fetiţelor şi în tulburările de menopauză naturală sau chirurgicală. *Contraindicaţii:* fibromiomul uterin, endome-

Scanned with OKEN Scanner

trioza, cancerul genital și tuberculoza genitală. Mod de administrare: pe *cale orală: Dietilstibestrol,* comprimate a 0,001 g; *Ginosedol,* soluție hidroalcoolică pentru uz perlingual: 1 ml soluție conține extract total de estrogeni hidrogenați, corespunzător la 0,2 mg de hidrofoliculină; o picătură de soluție = 0,004 mg; *Ginosedol,* drajeuri, 1 drajeu conține extract total de estrogeni corespunzător la 0,05 mg de hidrofoliculină; *Sintofolin,* comprimate a 0,01 g hexestrol. Pe *cale parenterală,* prin injectare intramusculară, obținem o acțiune mai intensă: *Ginosedol,* fiole cu soluție uleioasă injectabilă, 1 ml soluție conține extract total de estrogeni corespunzător la 2,5 mg dihidrofoliculină; *Ginosedol B,* fiole a 1 mg/1 ml și a 5 mg/1 ml de estradiol benzoicum, în soluție uleioasă 1 mg = 10.000 U; *Sintofolin,* fiole a 1 mg/1 ml și a 5 mg/2 ml de hexestrol în soluție uleioasă 1 mg = 10.000 U; *Estrolent,* fiole a 10 mg și 25 mg; prezintă avantajul unei durate prelungite de acțiune. Local intravaginal (ovule) se recomandă în: colpite, alterații trofice ale colului uterin, prurit vulvar.

• *Hormonii progestativi* (luteinici). *Progesteronul* acționează numai asupra endometrului pregătit în prealabil de estrogeni, inducînd faza secretorie indispensabilă nidației. Asupra sarcinii, în cazul cînd se produce fecundarea, are un rol protector esențial.

Progesteronul se prezintă în fiole conținînd 5 sau 10 mg în soluție uleioasă. Dozele variază în funcție de afecțiune (în medie 5—10 mg la zi). Se poate administra asociat cu vitamina E sau estrogeni. Recent s-au introdus preparate pe *cale bucală: Acetoxiprogesteronul* și *Medroxiprogesteronul,* care au o valoare terapeutică eficace.

Indicațiile: insuficiența luteinică din cursul tulburărilor menstruale (administrarea Progesteronului se va face în a doua jumătate a ciclului menstrual, între a 17—24-a zi, din două în două zile cîte 5—10 mg intramuscular); în *amenoreele hipohormonale* (progesteronul se va prescrie numai asociat cu estrogeni); se mai prescrie în fibromioamele uterine, endometrioza, menometroragii, în hiperplazia glandulo-chistică a endometrului, dismenoree, mastodiniile premenstruale, tulburările de menopauză, iminențele de avort etc.

Corticoterapia. Efectele spectaculare obținute prin aplicarea corticoterapiei au dus la indicații din ce în ce mai largi, iar rezultatele obținute sînt însemnate. *Acțiuni terapeutice, antiinflamatorii:* cortizonul și derivații săi moderează sau inhibă reacțiile inflamatoare ale țesutului conjunctiv, reprezentînd cele mai puternice medicamente antiinflamatoare cunoscute; *antialergică:* inhibă producerea de anticorpi și împiedică eliberarea de histamină în reacțiile antigen-anticorp. Prin aceste acțiuni, ei reprezintă cea mai puternică medicație antialergică și antișoc, cunoscută. Corticoterapia este indicată într-o serie de boli alergice și în șocul infecțios; *de substituție:* hormonii corticoizi reprezintă medicația de substituție în insuficiențele secretorii acute și cronice ale glandelor suprarenale.

Datorită efectelor *secundare nefavorabile,* corticoterapia are numeroase contraindicații, astfel în: tuberculoza fibrocavitară, ulcerul gastroduodenal, insuficiența renală acută, diabetul zaharat, gastrite, hipertensiunea arterială etc. Alegerea preparatului și fixarea schemei terapeutice sînt în funcție de următoarele situații:

Scanned with OKEN Scanner

— În *bolile acute severe, care constituie urgențe medicale* (stări de șoc), vor fi prescrise: *Hidrocortizon hemisuccinat,* intravenos, curele fiind de scurtă durată (3—10 zile).

— În bolile acute care nu reclamă urgență, se va administra oral Prednison. Cura de atac începe cu doze mai mari (în medie 40—60 mg Prednison pe zi), timp de 10 zile, după care dozele scad treptat, pînă la doza de întreținere (5—20 mg/zi).

— Pentru administrarea locală vor fi folosiți hidrocortizonul și prednisolonul. În tratamentul local, hidrocortizonul realizează rezultate deosebite în chistele ovariene, algiile pelviene, sindroamele dureroase aderențiale. În inflamațiile *acute pelviene* unde cu tot tratamentul de antibiotice se mențin infiltrate periuterine masive, se fac 4—10 infiltrații, la 3—5 zile, cu 20—50 mg Hidrocortizon asociat cu antibiotice.

În sterilitatea prin obstrucțiile tubare, se pot obține dezobstruări spectaculare ale trompelor, administrînd un amestec de antibiotice, hidrocortizon, sub formă de perfuzii uterotubare. Aceste perfuzii se fac zilnic sau la un scurt interval una de alta, în total 4—5, putîndu-se repeta după o pauză de 2 luni.

— În *procesele inflamatorii cronice metro-anexiale,* se obțin rezultate bune, chiar dacă au fost tratate anterior cu antibiotice, vaccin sau röntgenterapie. Indicațiile tratamentului cu ACTH sînt, cu unele excepții, aceleași cu ale glicosteroizilor.

Hormonii androgeni sînt substanțe cu structură sterolică, foarte răspîndiți în natură, atît în regnul animal cît și în cel vegetal. Sînt elaborați în: *testicul* (celulele interstițiale Leydig), *corticosuprarenală,* prin zona sexuală, reticulată și celulele fucsinofile, *ovar,* prin elementele hilului ovarian, dar mai ales prin teaca foliculului, *placentă* (se pare că secretă steroizii prin elementul sinciţio-trofoblastic).

Acțiunea fiziologică a testosteronului asupra organismului feminin este variabilă neexistînd — ca pentru hormonul folicular sau luteal — un nivel fiziologic de secreție. Acțiunea este *cumulativă,* astfel dozele mici, administrate timp îndelungat, au un efect superior unor doze mari, administrate doar cîteva zile. Această acțiune pare a fi ireversibilă, deci întreruperea tratamentului nu va fi urmată de căderea părului (barbă, mustață). Testosteronul este în unele privințe antagonist foliculinei.

• *Dozele mari* produc o masculinizare progresivă. Testosteronul, administrat prin injecții intramusculare, este absorbit repede astfel că o singură doză este eficientă la 24 ore. Există următoarele produse farmaceutice: *Testosteron,* fiole de la 10 la 25 mg (propionat de testosteron); *Testolent,* fiole, soluție uleioasă injectabilă 10% (fenilpropionat de testosteron), avînd o difuziune lentă, realizează o impregnare androgenică uniformă timp de aproximativ 2—3 săptămîni; *Clortestosteron acetat* în flacoane a 5 ml, conținînd suspensie injectabilă 1% de acetat de 4-clortestosteron; *Madiol,* comprimate, conținînd 0,025 g metylandrostendiol și fiole, conținînd suspensie apoasă injectabilă (0,025 g/fiolă); *Metiltestosteron,* comprimate, pentru administrare sublinguală.

Indicațiile terapeutice. Terapia cu hormonii androgeni este indicată în hemoragiile funcționale din premenopauză, fibromul uterin, hiperfoliculinie, mastodiniile premenstruale, dismenoree, mastoza chistică (boala lui Reclus), neoplasmul mamar etc. În general, dozele utilizate vor fi de 50—100—150 mg lunar. Dozele mai mari (500—800 mg) pot suprima cic-

Scanned with OKEN Scanner

lul menstrual, provocînd atrofia endometrului, avînd totodată şi o acţiune virilizantă.

Hormonii gonadotropi au acţiune trofică asupra gonadelor, cărora le asigură dezvoltarea şi buna funcţionare. Ei nu au o specificitate în ceea ce priveşte sexul, acţionînd la ambele sexe. Hormonii gonadotropi sînt produşi de *adenohipofiza* şi *ţesutul chorionic placentar*.

Hormonii gonadotropi hipofizari au o acţiune predominant foliculostimulentă, aceştia conţinînd o mare cantitate F.S.H.

Hormonii gonadotropi placentari au o acţiune predominant luteinizantă. Gonadotrofina chorionică umană conţine H.L. şi acţionează numai în prezenţa unei hipofize active.

Produse farmaceutice: Gonacor, flacon, conţinînd 500 U. hormon coriogonadotrop liofilizat; *Coripan* (Glanduantin) fiole cu pulbere, conţinînd 100 sau 500 U.S.

Tratamentul cu hormoni gonadotropi este indicat în: amenoreele de origine hipofizară, amenoreele postpartum, infantilism genital, unele meno-metroragii funcţionale, insuficienţă ovariană, dismenoree, sterilitate. Perioadele de administrare vor fi de scurtă durată — 3—5 zile, în prima jumătate a ciclului, utilizîndu-se doze de 500 U.I. zilnic, repetîndu-se la nevoie în două, trei cicluri menstruale consecutive.

TERAPEUTICA LOCALĂ

Spălăturile vaginale fac parte din toaleta obişnuită a femeii şi se vor face, de preferinţă, cu irigatorul, la care se adaptează un tub de cauciuc şi o canulă uşor de sterilizat. Pot fi utilizate toate antisepticele, mai des se utilizează ceaiul de muşeţel (Romazulan), Septovag, (tetragin), pulbere ce se dizolvă într-un litru apă călduţă. Poziţia femeii va fi în decubit dorsal sau înghemuit, irigatorul fiind ridicat la o înălţime de 20—30 cm deasupra planului corpului. Temperatura optimă a lichidului trebuie să fie de 37—38°. În instituţiile spitaliceşti şi balneare, spălăturile vaginale terapeutice se fac cu cantităţi mai mari de lichid (3—5 l). Băile de şezut, cu apă simplă sau cu sare de Bazna au efecte antiinflamatorii şi potenţează efectul unui tratament hormonal.

Ovulele vaginale. Excipientul obişnuit este untul de cacao, sau masă gelatinoasă, cărora li se asociază diverse substanţe antiseptice cum ar fi: sulfamida, ihtiolul, colargolul etc. Pe cît posibil, ovulele vaginale vor fi introduse în vagin zilnic, seara. Ovulele cu glicerină, fluidifică secreţiile colului, fiind indicate în vaginitele acute şi cronice. Ovulele cu conţinut de *arsen* se recomandă în vaginitele cu trichomonas.

Ihtiolul, frecvent utilizat, are o acţiune antiflogistică, favorizînd resorbţiile. Astfel:

Rp./ Ihtiol 0,2 g, Butir cacao ad 2 g, M.F. ovule vaginale D. Tal dosis No. X. Zilnic un ovul intravaginal.

Preparatul *Ovestrol* (Estrozol) e indicat în vaginitele cronice, exocervicite, prurit vulvar. Se utilizează sub formă de ovule vaginale.

Tampoanele vaginale sînt utilizate numai în formele cronice şi constau în introducerea în fundul de sac vaginal posterior, cu ajutorul valvelor

Scanned with OKEN Scanner

vaginale, a unui tampon uscat cu diverse pudre: sulfamide, tanin, acid boric, sau îmbibat cu diverse substanţe antiseptice, reductoare, astringente etc. Tampoanele sînt menţinute în vagin 12, maximum 24 ore. Se utilizează şi tampoane îmbibate în ihtiol 5—10%, glicerină 10%, resorcină 2%. Eficacitatea tampoanelor vaginale pare moderată.

Instilaţiile endouterine, cu clorură de zinc ($ZnCl_2$) 10%, dau rezultate bune în metroragiile funcţionale. Tehnica: după badijonarea colului cu alcool iodat, se introduce o canulă metalică fină în cavitatea uterină (sonda lui Braun). Se instilează 1 cmc cocaină 5% şi apoi, după două minute, instilăm două picături de clorură de zinc 10% cu seringa lui Braun, protejînd mucoasa vaginală cu un tampon de vată. În metroragiile funcţionale, biopsia de endometru prezintă avantajul unui diagnostic etiologic.

Exocervicitele pot fi tratate prin antiseptice — badijonări sau cauterizări. Tratamentul local cu antiseptice rămîne o metodă lentă şi nesigură, rezultatele nefiind superioare celor obţinute prin ovule vaginale sau tampoane vaginale.

Cauterizarea poate fi *chimică* sau prin *metode fizice*. În ceea ce priveşte cauterizarea chimică, se utilizează soluţia de nitrat de argint 5—10% sau clorura de zinc 10%. Tehnica: porţiunea vaginală a colului cu eroziune se badijonează, ţesuturile luînd o coloraţie cenuşie-murdară. Se recomandă numai în cazurile cînd nu avem alte posibilităţi de tratament (la ţară, în lipsa aparaturii necesare unei diatermocoagulări).

Diatermocoagularea este o mică intervenţie ce poate fi efectuată la nivelul cabinetelor de ginecologie în cadrul Policlinicii. Distingem o diatermocoagulare *exocervicală* şi una *endocervicală*. Este indicată în: *exoendocervicitele cronice, polipii mucoşi* ai colului, *chisturile glandulare* (chiste Naboth), *vegetaţiile vulvare* etc. Este *contraindicată* în leziunile acute *metro-anexiale*, în sarcină precum şi în peri-parametritele incomplet stabilizate. Înaintea efectuării unei diatermocoagulări este necesar un examen colposcopic atent. Complicaţia majoră a diatermocoagulării rămîne puseul inflamator acut pelvian. Pentru evitarea complicaţiilor se recomandă bolnavei un repaus la pat 24 ore, după efectuarea diatermocoagulării, şi un tratament profilactic cu antibiotice sau sulfamide (2—3 zile).

ELECTROTERAPIA

Constă din: diatermie, unde scurte, raze infraroşii, raze ultraviolete, röntgenterapie.

Diatermia se caracterizează printr-un curent de înaltă frecvenţă, tensiune joasă şi intensitate mare. Curenţii diatermici au o acţiune termică profundă, analgezică, hiperemică, sedativă asupra sistemului nervos. Este indicată în toate inflamaţiile cronice sau subacute dureroase, cu predilecţie în sechelele inflamatorii periuterine.

Şedinţele de diatermie se fac din 2 în 2 zile, avînd o durată de 5—20 minute (în total 10—15 şedinţe).

Scanned with OKEN Scanner

Undele scurte (3—30 cm) sînt curenţi de înaltă tensiune şi cu foarte mare frecvenţă. Penetraţia razelor este infinit mai mare decît a undelor de diatermie. Au proprietăţi calorice, dozele slabe fiind analgezice, dozele termice exacerbează durerea. Aplicaţiile se fac pe regiunea pelviană şi cea lombară, durata aplicaţiilor va fi mărită în mod progresiv de la 3—10—15 minute; în total se aplică 10 şedinţe. Indicat în sechele aderenţiale post-inflamatorii metroanexiale, aderenţe post-operatorii, nevralgii pelviene, lombosacrate. Sînt contraindicate în: tuberculoza genitală, sarcină, metroanexite sau pelviperitonite acute.

Microundele au o lungime de undă mai mică decît undele scurte. Au fost introduse recent în terapie. Au efecte asemănătoare cu ultrascurtele.

Razele infraroşii au o acţiune superficială, neavînd o acţiune directă asupra organelor genitale interne. Acţiunea lor este termică, în urma iradiaţiei creşte fagocitoza locală. Indicate în procesele inflamatorii utero-anexiale subacute, dismenoree etc.

Razele ultraviolete, artificiale, utilizate în terapeutică, sînt produse de *lămpile de cuarţ* cu vapori de mercur. *Dozele* întrebuinţate depind de *sensibilitatea individuală*. Se aplică sub formă de iradieri regionale sau generale. Sînt indicate în tuberculoza genitală şi peritoneală, eczeme, dermatoze vulvare, prurit vulvar, insuficienţe ovariene etc.

Röntgenterapia-Cobaltoterapia se bazează pe utilizarea terapeutică a acţiunii caustice elective a radiaţiilor. Radiaţiile X şi cele ale radiului au lungimi de undă diferite, sînt însă de natură identică şi ambele se supun acelorași legi fizice şi biologice. În ginecologie, deosebim o röntgenterapie *distructivă*, una *funcţională* şi una *antiinflamatorie*.

Röntgenterapia distructivă este indicată în: unele *tumori benigne* (fibromioame, endometriom, adenomioame), *tumorile maligne* (cancerul vulvar, vaginal, al colului uterin, corpului uterin, cancerul ovarian, mamar etc.) şi în unele *afecţiuni* ale organelor genitale externe (prurit vulvar, eczeme etc.).

Röentgenterapia funcţională utilizează doze slabe, în unele hipomenorei.

Röntgenterapia antiinflamatorie este indicată în tuberculoza genitală, parametritele cronice, periparametrite cronice, mastitele incipiente etc.

Radiumterapia (curieterapia) este utilizată mai ales sub formă de aplicaţii cavitare cervico-uterine sau vaginale în terapia cancerelor de col uterin.

Telecobaltoterapia utilizată în ultimul timp în terapia neoplasmelor de col uterin s-a dovedit a fi superioară röntgenterapiei profunde. Energia mare a radiaţiilor gama, produsă de cobalt (Co^{60}) permite ca doza în profunzime să fie mult mai mare decît cea administrată în röntgenterapia profundă.

Ultrasunetele (electrozi tegumentari şi vaginali) se aplică în sidroamele algice, aderenţiale şi în lombosacralgii producînd efecte resorbtive importante. Ele sînt considerate ca un micromasaj molecular al ţesuturilor cu efecte secundare metabolice, chimice şi fizice. Sînt folosite numai în servicii de specialitate.

Aerosolizarea ultrasonică a tractului genital cu diferite substanţe şi antibiotice, este din ce în ce mai larg folosită pentru permeabilizarea trompelor stenozate şi obturate din sterilitatea tubară. Microaerosolii utilizaţi au o penetrare profundă prin

Scanned with OKEN Scanner

membrane producînd efectele resorbtive şi de asanare ale suprafeţelor mucoaselor inflamate.

Helioterapia sau băile de soare, constituie un factor climato-terapeutic important într-o serie de afecţiuni ginecologice. Factorul activ îl constituie *razele ultraviolete* naturale şi au următoarele acţiuni: tonică generală, stimulantă, decongestivă, favorizează creşterea în greutate. Indicaţia lor este în *tuberculoza genitală* (helioterapie marină sau talasoterapie), la femeile astenice, anemice, în perioada de convalescenţă după intervenţii chirurgicale, sterilitate. Cura heliomarină nu va dura mai mult de 21 zile.

BALNEOFIZIOTERAPIA

Tratamentul balnear este un mijloc terapeutic în *inflamaţiile genitale cronice*. Se utilizează următoarele ape minerale: *apele termale simple*, sînt decongestionante şi sedative ale sistemului nervos; *apele cloruro-sodice* favorizează circulaţia, excită fibrele musculare, resoarbe exudatele, influenţează starea generală; *apele sulfuroase* au o acţiune excito-motrică asupra fibrei musculare netede, o acţiune activantă şi modificatoare a secreţiei şi o acţiune tonică generală.

În *metroanexitele cronice*, de dată mai recentă, în care procesul nu este consolidat, se recomandă apele termale simple ca cele de la băile Felix şi 1 Mai (Oradea).

Dacă starea generală a bolnavelor este modificată se indică *băi carbogazoase simple* (Vatra-Dornei, Tuşnad, Covasna şi Buziaş).

Metroanexitele cronice dureroase dar fără tendinţă la hemoragii, vor fi influenţate favorabil după tratamentul cu ape sulfuroase de la: Govora, Pucioasa, Herculane, Călimăneşti. În procesele inflamatorii cronice, în care tendinţa la resorbţie este prelungită, cu predominanţa durerii, vom indica apele sărate iodurate şi nămolurile terapeutice de la Ocna-Sibiului, Sovata, Bazna sau Ocnele Mari.

Cînd *tendinţa de resorbţie* este limitată, vom indica în special staţiunile în climat de stepă ca: Lacul Sărat, Amara, sau staţiunile de pe litoral: Techirghiol, Eforie, Mangalia.

Metroanexitele bacilare beneficiază de un tratament balnear pe litoral.

• Tratamentul balneo-climateric este indicat în *sterilitatea* feminină primară şi *mai ales secundară*, rezultatele terapeutice cele mai favorabile le obţinem între 18—36 ani.

Hipoplazia uterină beneficiază de cura balneară asociată cu tratamentul hormonal.

Nu vor beneficia de tratamentul balnear *hidrosalpinxul, piosalpinxul, hematosalpinxul* şi *chistul ovarian tulburările* vasomotorii şi psihice, de asemenea, *hipermenoreea*, tulburările de circulaţie, *discraziile sanguine, hipo* şi *hipertiroidiile, tumorile benigne* (fibromiomul uterin cu meno-metroragii), cele *maligne* (indiferent de sediu sau stadiul evolutiv).

Scanned with OKEN Scanner

În afecțiunile ginecologice cu tulburări neuro-vegetative, se recomandă după o prealabilă individualizare a cazurilor. De clima de altitudine beneficiază în special *stările preclimaterice*, de cea marină *sechelele postinflamatorii și tbc genital.*

Nămolurile (Fitoterapia sau Fangoterapia) acționează prin schimbări de ioni și produc efecte stimulatoare hormonale la distanță. Sub formă de aplicații locale (împachetări, tampoane vaginale etc.) au o acțiune rezolutivă intensă asupra inflamațiilor cronice din micul bazin. Produc hiperemie locală, resorbția exudatelor cronice și calmarea durerilor.

Compresa abdominală (Prissnitz) constă din aplicarea unei comprese reci în jurul abdomenului, peste care se aplică una uscată (care depășește cu 3—4 cm pe cea umedă). Ea are efecte calmante asupra durerilor cît și efecte stimulante și resorbtive. Favorizează somnul liniștit. Sînt utilizate în stările congestive acute și subacute ale micului bazin, sau în fazele de reacutizare a proceselor inflamatorii cronice. Sînt utile în terapia tromboflebitelor din cursul afecțiunilor ginecologice.

Scanned with OKEN Scanner

CULTURA FIZICĂ ÎN GINECOLOGIE

Principalele procedee de cultură fizică aplicate în ginecologie sînt *gimnastica medicală* şi *kineziterapia.* Prin kineziterapie (kinetoterapie) înţelegem *gimnastica abdomino-pelviană* şi *masajul ginecologic.*

În general, cultura fizică şi, în special gimnastica medicală şi kineziterapia, prin stimularea unor mecanisme biologice ale organismului feminin, aduce reale foloase în terapeutica ginecologică. Prin procedeele de cultură fizică aplicate în ginecologie se urmăreşte tonificarea organismului feminin şi stimularea proceselor fiziologice. Cultura fizică produce următoarele efecte asupra organismului: creşte rezistenţa organismului în faţa condiţiilor precare din mediul extern şi intern (creşte potenţialul biologic); stimulează mecanismele de adaptare la mediu (prelungeşte viaţa); fortifică organismul în faţa infecţiilor şi noxelor profesionale sau de altă natură (măreşte capacitatea de muncă şi de reproducere).

Formele de aplicare a culturii fizice în ginecologie sînt: gimnastica, mişcările pasive, masajul, sportul, jocurile sportive, şi turismul, ergoterapia etc.

Exerciţiile fizice şi celelalte procedee de cultură fizică produc efecte pozitive asupra organismului feminin cînd sînt bine indicate şi individualizate.

Gradarea presupune: *intensitatea efortului* depus în timpul aplicării procedurii, care poate fi mic sau mare şi *durata efortului,* care poate fi lungă sau scurtă.

În stabilirea indicaţiei şi contraindicaţiei aplicării unei proceduri de cultură fizică trebuie să avem în vedere două mari efecte pe care le poate produce asupra organelor pelviene: efectul *hiperemiant* (congestionant) şi efectul *ischemiant* (decongestionant).

În raport cu cele amintite mai sus, gimnastica *pelvi-abdominală* este indicată în următoarele stări:

— *hipoplazia organelor genitale;*

— *procesele inflamatorii cronice:* metroanexitele cronice, parametritele cronice, salpingitele cronice, fibroza ligamentelor utero-sacrate, douglasita retractilă etc.;

— *deviaţiile şi deplasările* organelor pelviene şi abdominale, ca: retroversia flexia uterină, hiperanteversia flexia uterină, hipotonia musculaturii perineale cu insuficienţă de sfinctere, diastaza drepţilor abdominali, ptoza viscerală etc.;

— *tulburările de ciclu menstrual* prin insuficienţă ovariană şi dureri ca: hipomenoreea, amenoreea, dismenoreea;

— *sindroamele aderenţiale* postoperatorii sau postinflamatorii (dacă V.S.H.-ul este normal) etc.;

— *sterilitatea primară* prin insuficienta dezvoltare a organelor genitale.

Se contraindică gimnastica abdomino-pelviană în următoarele stări: ciclul menstrual, menopauza însoţită

Scanned with OKEN Scanner

de stări depresive, procesele inflamatorii acute şi subacute, procesele inflamatorii cronice cu V.S.H. ridicat, meno-metroragii, tuberculoza genitală, tumorile chistice mari şi în cele pediculate, tumorile maligne, colecţiile pelviene purulente, sarcina extrauterină înainte de operaţie, afecţiunile acute ale colului uterin, ginecopatiile însoţite de stări depresive, fibroamele uterine mari sau cele care prezintă metroragii etc.

În mod practic, cultura fizică în ginecologie se aplică mai ales sub formă de gimnastică respiratorie, gimnastică abdomino-pelviană şi masaj ginecologic.

Gimnastica respiratorie. Constă din inspiraţii profunde progresive şi expiraţii bruşte după o apnee voluntară de cîteva secunde. Exerciţiul se repetă 5—10 minute. Prin acest procedeu se obţine o bună oxigenare a organismului cu efecte pozitive circulatorii, metabolice şi endocrine.

Gimnastica abdomino-pelviană. Are ca efect tonificarea musculaturii abdominale şi pelviene. De asemenea coloana vertebrală îşi corectează vicii-ile, iar viscerele pelvi-abdominale sînt menţinute în poziţia lor normală şi pot funcţiona fiziologic. Tehnic se execută cu trunchiul imobilizat şi membrele mobile şi invers. Exerciţiile în care predomină mişcarea membrelor inferioare acţionează asupra muşchilor abdominali. Prin aceasta previn şi combat eventraţia şi diastaza drepţilor abdominali. Pentru musculatura perineului se indică exerciţiile de contracţie voluntară ritmică a ridicătorilor anali, *introitului vaginal* şi *sfincterului anal.*

Abducţia şi adducţia coapselor în mod activ produce decongestionarea pelvisului şi are efecte pozitive în dismenoreea pe teren inflamator, algiile pelviene, meno-metroragii, procese inflamatorii etc. Aceeaşi acţiune o are flexia şi extensia coapselor pe bazin şi a bazinului pe coapse. Dacă aceasta se combină cu torsiunea trunchiului, efectele decongestionante se extind şi asupra viscerelor, iar musculatura pelviabdominală se tonifică. Circumducţia coapselor asociată cu rotaţia piciorului produce congestia organelor pelviene. Acest exerciţiu se indică ori de cîte ori sfera genitală este irigată deficitar sau dorim congestia organelor pelviene.

Masajul ginecologic. Este considerat, alături de balneofizioterapie, printre mijloacele terapeutice importante în ginecologie. Se execută cu bolnava aşezată în poziţie ginecologică pe masa ginecologică, de obicei manual, sau instrumental, cînd ia numele de *seismoterapie.*

Efectele pozitive ale masajului uterin se produc prin: *factorul reflex,* cu punct de plecare la nivelul mucoaselor tegumentelor şi muşchilor pelvieni (o vasodilataţie sanguină şi limfatică, care măreşte schimburile metabolice şi hormonale locale); *factorul imunitar nespecific* consecutiv mobilizării unor rezidii tisulare care se resorb şi acţionează asupra organismului, şi *factorul mecanic,* ce acţionează prin ruperea bridelor, aderenţelor, elongaţia ţesuturilor scleroase şi suplezarea lor cît şi redresarea poziţiilor vicioase ale uterului etc.

Indicaţii. Masajul ginecologic vaginal este indicat în următoarele stări: infiltraţia cronică a peritoneului pelvian cu aspect de celulită pelvi-abdominală (postinflamatorie, postoperatorie postradioterapică etc.; celulitele pelviene retractile cu aspect de fibroză şi retracţia ligamentelor utero-sacrate; dismenoreea postinflamatorie consecutivă unei douglasite retractile; ovaritele du-

Scanned with OKEN Scanner

reroase cu ovarele prolabate în Douglas; salpingita obliterantă şi alte sechele inflamatorii salpingiene; insuficienţa ovariană cu amenoree şi hipomenoree; retrodeviaţiile uterine postinflamatorii (dobîndite); vaginismul traumatic sau postinflamator etc.; frigiditatea.

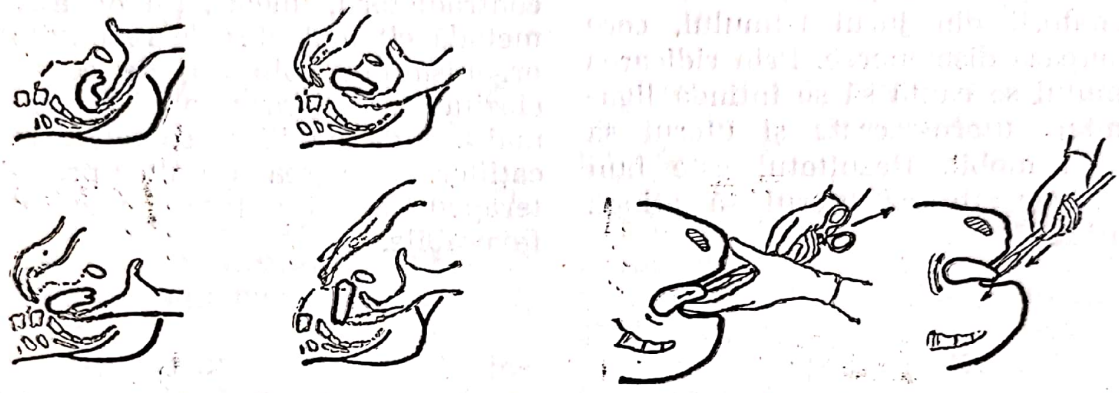


Fig. 125 — *Kineziterapia* (colecţia Clinicii).

Contraindicaţii: premenstrual, intramentstrual şi menometroragiile; sarcina; inflamaţiile acute, subacute şi cele cronice cu VSH ridicat; tumorile genitale; colecţiile purulente în sfera genitală; tuberculoza genitală; torsiunea de tumoră şi organ pelvian; hemoperitoneul; cervicitele erozive şi acute etc.

Tehnica masajului ginecologic vaginal. Se vor respecta cu stricteţe indicaţiile şi contraindicaţiile, după un examen clinic şi de laborator. După evacuarea rectului şi a vezicii, bolnava este aşezată în poziţie ginecologică pe masă. Degetele de la mîna dreaptă sau stîngă introduse în vagin masează colul şi organele genitale interne cu blîndeţe, iar mîna externă abdomenul. Masajul va dura de la caz la caz între 2—10 minute, în raport cu toleranţa bolnavei. După masaj se indică repaus de 1—2 ore. Se execută 3 şedinţe pe săptămînă. Masajul se execută timp de 2—3 luni. Dacă nu se obţin rezultate pozitive după 30 zile se abandonează.

În cadrul masajului vaginal se practică metode blînde cu efecte *reflexogene* şi altele mai dure cu efecte *mecanice.*

1. *Metode reflexogene. Netezirea* (efleurajul). Cu degetele vaginale se netezeşte blînd colul uterin, vaginul, uterul, anexele, ligamentele, iar cu palma abdomenul. Ritmul poate fi mai rapid sau mai lent;

Fricţiunea circulară se execută cu degetele în jurul colului uterin şi pe peretele vaginal, iar cu mîna externă tegumentele periombilicale;

Frămîntarea peretelui abdominal se aplică în algii şi în general mai rar;

Vibromasajul manual acţionează perpendicular pe pereţii vaginali şi pe pereţii abdominali. Mîna nu va părăsi contactul cu mucoasa vaginală şi tegumentele ci va executa un fel de tremurături vibratorii asupra colului uterin şi vaginului.

2. *Metodele mecanice* sînt tot manevre abdomino-genitale dar mult mai dure decît primele.

Reducerea sau presiunea redresantă. Se administrează mai ales retrodeviaţiei uterului. Mîna vaginală, ajutată de mîna abdominală în con-

diţiile unui perete abdominal relaxat, caută să aducă progresiv uterul în poziţia sa fiziologică;

Întinderea ligamentelor utero-sacrate este o metodă de durată şi cere experienţă. Ea se aplică în celulitele pelviene şi în procesele inflamatorii din jurul istmului, care generează dismenoree. Prin ridicarea istmului se caută să se întindă ligamentele utero-sacrate şi uterul să devină mobil. Rezultatul este bun dacă reuşeşte ca uterul să atingă simfiza.

Metoda de ridicare constă din mişcări ale colului uterin spre simfiză cu ajutorul degetelor vaginale plasate înapoia colului uterin prin care ligamentele şi parametrele se întind şi devin mai suple.

Rezultatele bune, defavorabile sau contradictorii, uneori, ţin nu atît de metodă cît mai ales de reactivitatea organismului bolnavei, de conştiinciozitatea celui care aplică metoda şi mai ales de stabilirea corectă a indicaţiilor. Asocierea şi a altor procedee terapeutice garantează rezultatele favorabile.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN GINECOLOGIE

Ultimele decenii au marcat progrese deosebite în practica chirurgicală. Numărul și amploarea intervențiilor a crescut mult, iar posibilitățile moderne de anestezie și reanimare, ca și terapeutica antibiotică au creat condiții pentru lărgirea indicațiilor.

Patologia genitală feminină a inspirat, încă la începuturile chirurgiei, numeroase și variate procedee de tratament chirurgical. În trecut, datorită unei cunoașteri insuficiente a fiziologiei organelor genitale feminine, a interrelațiilor între aceste organe pe de o parte și restul organismului pe de altă parte, ginecologii erau tentați să facă o chirurgie mutilantă, mai ușoară și mai spectaculară poate din punct de vedere tehnic, dar cu atît mai gravă în urmările operatorii îndepărtate. Astfel, de la Congresul de chirurgie (Paris, 1924) în chirurgia ginecologică, raportul dintre histerectomia totală și histerectomia subtotală și-a modificat mereu echilibrul, oglindind schimbările ce s-au produs în concepția morfo-funcțională și fiziopatologică care fonda actul operator. Aceste schimbări conceptuale conturează două etape mari:

O primă etapă, etapa de *„exereză fără cruțare"* izvorîtă din concluziile Congresului de la Paris, și care avea la bază legea „totul sau nimic". Ideea că fără uter — organ efector — ovarele nu mai au nici un rost, a dus la exagerări și abuzuri ablaționiste. Această etapă a fost astfel dominată de histerectomia totală cu anexectomie — de cele mai multe ori — bilaterală.

Ulterior, în deceniile 3, 4 și 5 ea a fost înlocuită de histerectomia subtotală (epoca de categorică dominare a acesteia) ca fiind mai puțin traumatizantă, tehnicește mai ușor de executat și respectînd mai mult statica pelviană.

O a doua etapă, etapa *conservativ-funcțională,* care se străduiește să țină cont de rolul important (neuroendocrin și de reproducere) a organelor genitale, mergînd pe linia reparatoare, a respectării funcționale. Această perioadă, în care domină net histerectomia subtotală — ca fiind mai conservativă — se poate împărți în două sub-etape, și anume:

1) Subetapa *„conservatorismului cu orice preț"*, expresie a unei exagerări în cadrul interpretării nerviste, întrucît tot practica a demonstrat că „păstrarea forțată" de organe sau țesuturi cu leziuni definitive-ireversibile, permanentizează sau chiar agravează suferința.

2) Subetapa *„rațional-conservativ-adaptativă"* care individualizează cazurile și adoptă metoda operatorie în funcție de criterii mai obiective, proprii fiecărui caz în parte, și avînd la bază principiul „metoda cea mai eficace pentru lichidarea procesului morbid, cu minimum de riscuri și maximum de conservare funcțională".

Saltul realizat, de la chirurgia de exereză la aceea rațional conserva-

Scanned with OKEN Scanner

tiv-adaptativă, își găsește la aparatul genital feminin termenul cel mai potrivit, fiind astăzi pe deplin acceptat. Avantajele intervențiilor conservatoare sînt: păstrează funcția menstruală și chiar de gestație a uterului, respectă endometrul — organ de recepție hormonală, nu modifica statica organelor pelviene, conservă femeii întreaga ei feminitate organică, hormonală și psihică.

Alegerea procedeului chirurgical se va face în toate cazurile, ținînd cont de vîrsta, diagnosticul anatomoclinic al leziunii, antecedentele obstetricale și de starea generală a bolnavei.

Operațiile chirurgicale ginecologice sînt de trei categorii: *plastice, conservatoare* și *radicale*. În primele două se urmărește păstrarea sau restaurarea funcțiuniilor aparatului genital și pe această linie s-au făcut progrese importante datorită cunoștințelor noi de fiziopatologie, apariției antibioticelor, — care au lărgit limitele chirurgiei clasice. În cea de a treia categorie, tehnicile chirurgicale urmăresc extirparea cît mai largă a leziunii, prin procedee operatorii care s-au dezvoltat grație metodelor perfecționate de anestezie și reanimare intraoperatorie. Intervențiile din primele două categorii au ca scop ameliorarea prognosticului funcțional, față de cele din a treia categorie, radicale, au drept scop ameliorarea prognosticului vital.

Azi nu se mai poate admite abordarea chirurgicală a sferei genitale feminine fără o cunoaștere amănunțită — în cele mai mici detalii — a anatomiei descriptive și topografice, a capacității sale funcționale globale și a unor tehnici conservatoare adecvate. Ginecologul trebuie să aibă în mod permanent în minte realitatea interacțiunii organelor, să vadă „funcționalul" și nu numai leziunea anatomo-patologică.

Cunoașterea vascularizației organelor genitale interne este necesară, pentru a putea face o hemostază corectă și selectivă în cazul în care ovarul se lasă pe loc.

Rețeaua venoasă a pelvisului prezintă o serie de caracteristici, care o fac mai expusă lezării în cursul intervențiilor: venele au pereții friabili și pereții lor aderă la țesutul conjunctiv vecin, acest fapt explică ușurința cu care se pot rupe în cursul unor intervenții. Pericolul hemoragiilor intraoperatorii în cursul intervențiilor radicale ține mai mult de lezarea rețelei venoase decît a rețelei arteriale a pelvisului.

Cunoașterea dispoziției ganglionilor pelvieni are de asemenea mare importanță. Grupele ganglionare anterioare sînt reprezentate prin ganglionii iliaci externi, hipogastrici, obturatori și ai arterei uterine. Grupele ganglionare posterioare prezintă mai mică importanță, fiind mai greu de extirpat.

Inervația organelor pelviene trebuie cunoscută bine pentru a putea feri mai ales lezarea nervilor vezicii urinare, fapt care poate determina complicații postoperatorii.

Rapoartele anatomo-topografice ale ureterului, în porțiunea sa pelviană, cu organele genitale interne explică existența unui „risc" ureteral, în chirurgia ginecologică. În trei regiuni ureterul poate fi ligaturat sau secționat în cursul intervențiilor ginecologice: în segmentul său intraligamentar, unde ureterul aderă de foița posterioară a ligamentului larg, în porțiunea juxta-uterină și în porțiunea juxta-vezicală.

• În porțiunea juxta-uterină, ureterul se află imediat în afara ute-

Scanned with OKEN Scanner

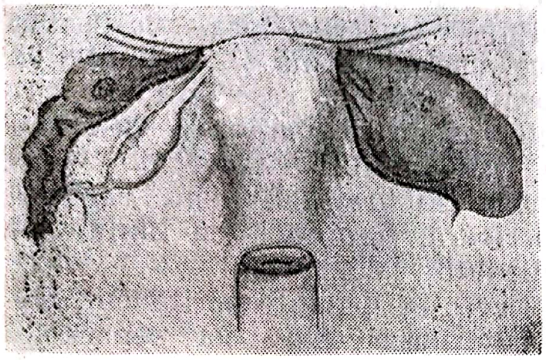


Fig. 126 — *Anexectomie stîngă cu salpingectomie dreaptă* (cu păstrarea ovarului drept în cazul unei anexite tumorale inflamatorii stîngi şi hidrosalpinx drept) (după Martius).

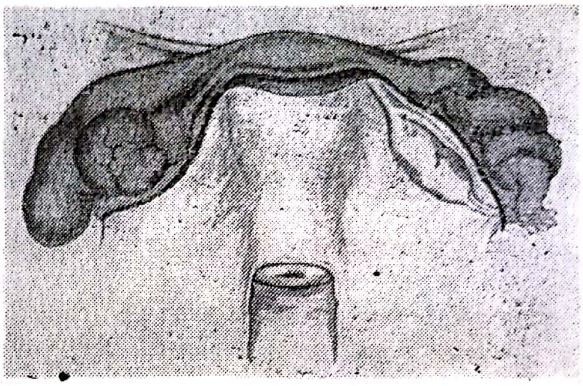


Fig. 127 — *Histerectomie fundică cu anexectomie bilaterală* (operaţia Beuttner) (după Martius).

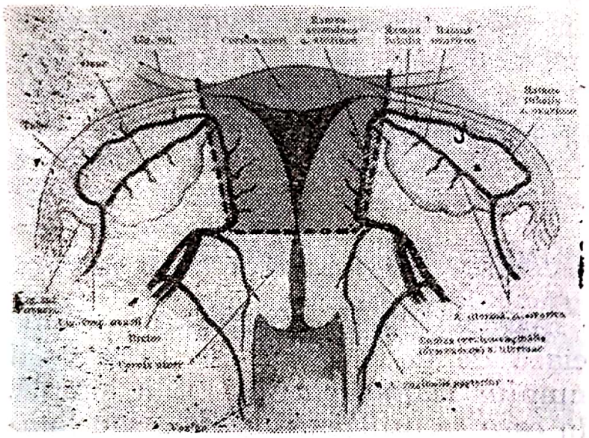


Fig. 128 — *Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor, bilateral* (Linia neagră punctată indică schematic linia de secţiune a uterului) (după Martius).

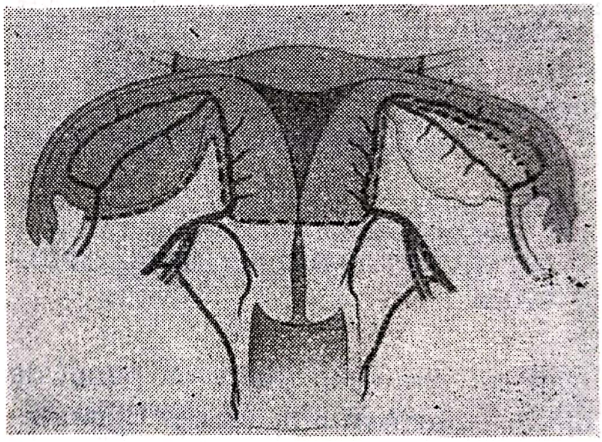


Fig. 129 — *Histerectomie subtotală cu anexectomie dreaptă şi salpingectomie stîngă* (indicate prin linia punctată neagră) (după Martius).

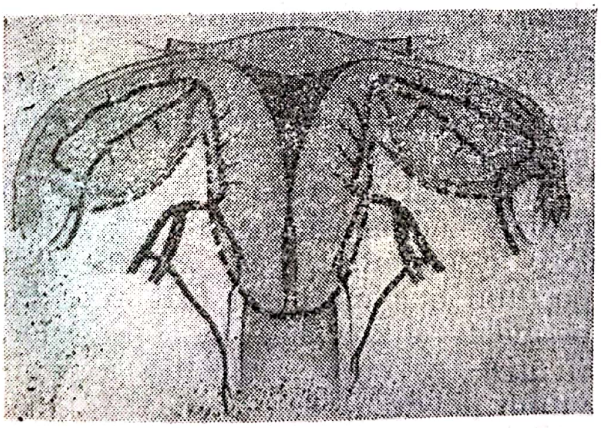


Fig. 130 — *Histerectomie totală cu păstrarea anexelor, bilateral* (indicată prin linia întreruptă) (după Martius).

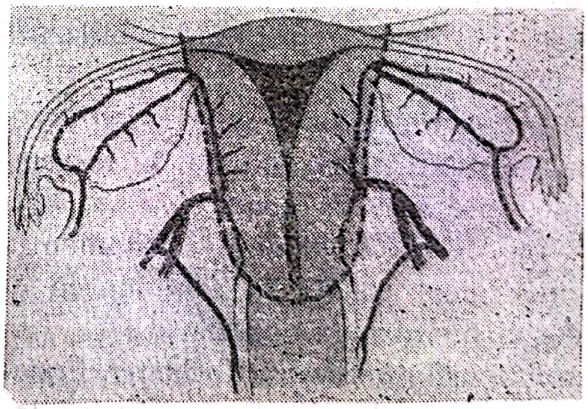


Fig. 131. *Histerectomie totală cu anexectomie bilaterală* (schematic indicată prin linia neagră) (după Martius).

Scanned with OKEN Scanner

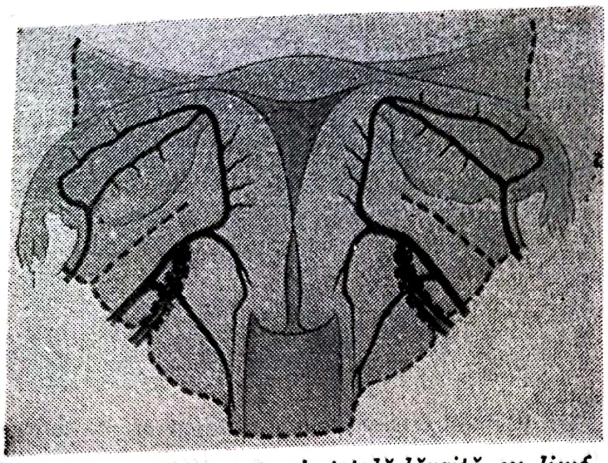


Fig. 132 — *Histerectomie totală lărgită cu limfadenocolpectomie,* pentru cancer genital (Zona extirpată e delimitată schematic prin linia întreruptă) (după Martius).

rului — la 1,5 cm de marginea istmului, — pe deasupra ureterului trece artera uterină și vena uterină supra-ureterală și vase limfatice, sub ureter găsim: formațiunile vasculare ale pediculului suburetral (vena uterină suburetrală, vena vaginală superioară, împreună cu limfaticele pediculului suburetral).

În ceea ce privește peritoneul, foița anterioară este ușor separabilă (decolabilă), permițînd refularea vezicii urinare cu ușurință, oferind suficient material pentru peritonizare, în schimb foița posterioară aderă de miometru.

INTERVENȚII MAI FRECVENTE ÎN GINECOLOGIE

INTERVENȚII PE REGIUNEA VULVARĂ

În *colecțiile purulente* cu punct de plecare *Bartholinian* (abces Bartholinian), se va face incizia și drenajul cu meșă sau lamă de cauciuc a cavității. Incizia se practică pe fața internă a labiei mici, sau pe fața externă, însă întotdeauna la punctul cel mai decliv. Unii marsupializează glanda.

În *bartholinita cronică* se recomandă extirparea glandei în întregime, spre a evita recidivele.

În *atrezia himenală,* tratamentul chirurgical constă în secționarea acestei membrane obturante.

Tumorile benigne (fibroame, lipoame, polipi), localizate la nivelul labiilor mari, se tratează prin extirpare, urmate de plastii.

INTERVENȚII PE VAGIN

Aplazia totală a vaginului beneficiază de două tipuri de intervenții numite *vagino-plastii:* una simplă, în care se utilizează grefele sau lambouri cutanate, auto sau heteroplastice, și vaginoplastii prin transplant de intestin (plastie cu tub rectal).

În *stricturile vaginale,* tratamentul constă în secționarea sau excizia bridelor, urmate de dilatare cu hegare, pentru evitarea recidivelor.

Prolapsul vaginal se produce atît prin *peretele anterior* (colpocistocel), cît și *posterior* (rectocel).

Principial se tinde a se realiza o ocluzie anatomică parțială de strîmtare a vaginului, prin excizia unei porțiuni mai mari sau mai mici din peretele vaginal anterior și posterior, și apoi restaurarea plastică a planșeului pelviperineal. Astfel:

Colporafia anterioară constă în excizia unui lambou ovalar, din peretele vaginal anterior, avînd grijă

Scanned with OKEN Scanner

de a nu leza vezica urinară, apoi marginile avivate ale peretelui se suturează cu fire întrerupte de catgut.

Colporafia cu miorafia ridicătorilor anali. Se excizează din peretele vaginal posterior un lambou în formă de triunghi cu vîrful în sus, se prepară apoi mușchii ridicători anali, de o parte și de alta a rectului, ce vor fi unite pe linia mediană cu trei fire de catgut, apoi se suturează peretele vaginal posterior cu fire întrerupte de catgut, și fire de mătasă la perineu (tegumente).

Fistulele genitale. Principiul general în tratamentul fistulelor este de a alege momentul potrivit intervenției, pentru a reuși să închidem fistula cu maximum de șansă. Nu vom interveni niciodată înainte de a fi tratat procesele inflamatorii de la nivelul vaginului și vezicii, ce ar putea compromite sutura.

Pentru *fistulele vezico-vaginale,* procedeele mai utilizate la intervențiile pe cale vaginală sînt următoarele:

a) *procedeul de avivare* care constă în excizia oblică a mucoasei vaginale pe o lărgime de 3—10 mm împrejurul orificiului fistulei, respectînd mucoasa vezicală. Urmează apoi sutura cu fire separate.

b) *procedeul dedublării,* constă dintr-o incizie circulară în jurul fistulei, prelungită lateral prin două incizii ale peretelui vaginal, apoi dedublarea septului vezico-vaginal pe o întindere de 3 cm și suturarea în două straturi. Prin acest procedeu nu pierdem stofă, ca la o avivare simplă, și astfel fistula nu se lărgește în caz de eșec, pretîndu-se la o nouă intervenție.

c) *procedeul dedublării în manșetă* se face o incizie a mucoasei vaginale, la o distanță de 5 mm împrejurul fistulei, care se decolează apoi dinafară înăuntru, oprindu-se cu dedublarea la marginea fistulei, formîndu-se astfel o manșetă, care se resfrînge deasupra fistulei. Se suturează apoi suprafețele, prin puncte separate, suturîndu-se la urmă și suprafața vaginală.

După intervențiile efectuate, se va face controlul reușitei prin instilarea unei soluții slabe de albastru de metilen, în vezică, pentru a ne convinge de perfecta obliterare a fistulei.

Pentru *fistulele stercorale,* tratamentul chirurgical se poate realiza pe cale vaginală, fie perineală. Pe cale vaginală se obține închiderea fistulei prin procedeele de dedublare sau avivare, identice celor utilizate în fistulele vezico-vaginale. Calea perineală, este rezervată în special fistulelor cu localizare joasă.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TULBURĂRILOR DE STATICĂ UTERINĂ

Dintre tulburările de statică uterină cea mai des întîlnită este *retrodeviația.* În tratamentul chirurgical se utilizează două feluri de operații:

Ligamentopexiile sau *Histeropexiile indirecte,* în care intervenția se adresează *ligamentelor rotunde* și sînt indicate la femei tinere cu perspective de fecunditate, întrucît permit, prin modificările minime pe care le produc, ducerea unei sarcini pînă la capăt. Există însă riscul recidivelor, prin elongarea secundară a ligamentelor scurtate. Scurtarea extra-peritoneală a ligamentelor rotunde are doar un interes istoric, intervențiile chirurgicale care folosesc calea abdominală sînt cele mai utilizate azi, și se împart în două categorii:

1) ligamentopexii, în care scurtarea ligamentelor se realizează prin

Scanned with OKEN Scanner

cudura acestora (procedeul Baldy—Dartigue, Polk—Stanca);

2) ligamentopexii, în care ligamentele rotunde sînt fixate la peretele abdominal anterior, realizînd astfel redresarea uterului retrodeviat (procedeul Doléris—Bărdescu).

Histeropexiile directe, fiind incompatibile cu evoluţia unei sarcini ulterioare, sînt pe cale de a fi părăsite azi. Sînt indicate numai la femeile mai în vîrstă, cu fecunditatea compromisă. Marele număr de procedee pentru fixarea chirurgicală a uterului deviat şi varietatea lor, lasă fiecărui chirurg ginecolog latitudinea de alegere a procedeului celui mai potrivit, în funcţie de particularităţile cazului.

Prolapsul uterin. Tratamentul chirurgical variază după gradul prolapsului şi constă din: *refacerea planşeului pelvi-perineal,* prin operaţia colporafie anterioară şi colpoperineoplastii cu miorafia ridicătorilor anali; *reducerea prolapsului uterin pe cale intra-abdominală.* Este foarte utilă operaţia lui Fatherill (op. Manchester), făcută pe cale vulvo-vaginală.

În prolapsul uterin total, cu relaxarea totală a diafragmului pelvian, se indică *procedeul prof. Cristea Grigoriu,* o variantă a procedeului Kocher, de *interpoziţie uterină subfascială.* Procedeul este incompatibil cu sarcina, din acest motiv *femeile tinere se vor steriliza chirurgical* (ligatura trompelor după procedeul Madlener) sau alt procedeu de sterilizare.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR GENITALE INTERNE

În ceea ce priveşte fibromiomul uterin, indicaţia şi tehnica operatorie sînt în strînsă corelaţie cu vîrsta bolnavei, situaţia topografică a tumorii, manifestările clinice. Ideile directoare care stau la baza tratamentului chirurgical al fibromiomului uterin sînt de a încerca la toate vîrstele o intervenţie conservatoare.

Miomectomia este prototipul operaţiei funcţionale, fiind indicată ori de cîte ori este posibil la femeile în plină viaţă genitală.

Miometrectomia se bazează pe principiul conservării integrităţii morfo-funcţionale a uterului, prin această intervenţie se extirpă nodulii fibromatoşi împreună cu o parte din miometru, iar endometrul, împreuna cu miometrul rămas, alcătuiesc un organ funcţional.

Dintre intervenţiile radicale mai frecvente şi care ridică mai multe probleme tehnice, sînt *histerectomiile.* După calea de acces, distingem *histerectomii vaginale* şi *abdominale,* acestea din urmă sînt mai utilizate, întrucît oferă o cale largă de acces şi permit un control mai sigur asupra stării leziunilor aparatului genital. Histerectomiile se pot executa pur — se extirpă numai organul uterin — sau combinîndu-le cu salpingectomia sau anexectomia uni sau bilaterală. După înălţimea la care se execută histerectomia, se cunosc trei tipuri principale: fundică, subtotală şi totală.

a) *Histerectomia fundică* (Beuttner), îşi găseşte indicaţia în salpingitele cronice bilaterale, unde endometrul fundic este adesea atins. În practică, amputaţia fundică a uterului se combină cu o salpingectomie sau anexectomie uni sau bilaterală. Acest procedeu are drept scop să menţină funcţia endocrină şi menstruală a femeii. Succesele funcţionale ale operaţiei depind de suprafaţa endometrului rămas şi de calitatea ovarului păstrat.

b) *Histerectomia subtotală* este tehnica prin care se extirpă corpul uterin în totalitate (secţiunea făcîndu-se la nivelul istmului uterin).

Scanned with OKEN Scanner

Deşi este o intervenţie radicală pentru uter fiindcă suprimă complet funcţiile acestuia (menstruaţia şi posibilitatea de gestaţie) este totuşi o operaţie conservatoare, prin aceea că păstrează anexele (menţine funcţia hormonală. Acest procedeu, în caz de leziuni anexiale pronunţate, se poate combina cu o salpingectomie sau anexectomie uni sau bilaterală.

Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, a reprezentat tratamentul chirurgical de elecţie în fibromiomul uterin.

c) *Histerectomia totală* este tehnica prin care se extirpă uterul în totalitate (corpul uterin împreună cu colul). Operaţia poate fi executată cu păstrarea sau extirparea anexelor uni sau bilateral. Calea abdominală este mai frecvent utilizată.

Cu toate că s-au lărgit indicaţiile intervenţiilor conservative, histerectomia totală îşi păstrează şi azi indicaţiile sale indiscutabile ce decurg din *sediul leziunilor uterine, leziuni anexiale ireversibile, coexistenţa fibromiomului cu cancerul uterin, existenţa unor leziuni precanceroase la nivelul colului uterin, vîrsta mai înaintată* etc.

— În *afecţiunile benigne ale uterului,* asociate cu leziuni ale colului, avantajele histerectomiei totale conservatoare (cu păstrarea anexelor) faţă de histerectomia subtotală sînt: extirparea odată cu uterul bolnav şi a leziunilor benigne ale colului, prevenirea apariţiei leziunilor maligne ale colului restant, prevenirea hemoragiei la nivelul colului restant şi a cancerului pe bontul restant.

d) *Histerectomia totală lărgită* (Wertheim). Chirurgia radicală a tumorilor maligne din sfera genitală are ca prim obiectiv prognosticul vital îndepărtat. Indicaţia terapeutică, ca şi lărgimea cu care trebuie executată intervenţia, depinde de stadiul evolutiv al bolii. Sînt socotite „operabile", neoplasmele de col uterin din stadiile: O, I şi II.

Tehnica histerectomiei totale lărgite, propusă de Ries şi reluată de Wertheim şi de Toma Ionescu, a prezentat o cotitură importantă în tratamentul cancerului colului uterin. Prin această intervenţie, în afară de colul canceros, corpul uterin şi anexe, se mai extirpă 1/3 superioară a vaginului, ţesutul conjunctiv periuterin, pediculii supra şi subureterali, precum şi ligamentele sacro-uterine.

Această intervenţie, dacă este completată cu *limfadenectomia* sistematică a grupelor ganglionare iliace, devine o operaţie care corespunde concepţiei actuale a chirurgiei radicale a cancerului colului uterin. Neextirparea sistematică a ganglionilor explică în cea mai mare parte insuccesele operaţiei Wertheim.

Neavînd criterii macroscopice absolute pentru a aprecia dacă un ganglion este invadat neoplazic sau nu, se recomandă extirparea tuturor ganglionilor accesibili intraoperator (iliaci externi, hipogastrici, obturatori) dealtfel aceste grupe ganglionare pot fi extirpate radical.

Operînd sub protecţia iradierii prealabile, chirurgul poate face o chirurgie radicală raţională, — de aci rezultă ameliorarea evoluţiei postoperatorii şi o reducere a sechelelor. În cea ce priveşte neoplasmele în stadiul III şi IV ele sînt etichetate ca „inoperabile", fiind repartizate exclusiv radioterapiei.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN METROANEXITE

Va fi rezervat numai anumitor cazuri ca: peritonite generalizate, rupturi de piosalpinx, torsiuni ale anexelor, ocluzii prin bride sau aderen-

Scanned with OKEN Scanner

ţe, intervenţii pentru sechele postinflamatoare, infiltrate tumorale care nu au cedat la tratamentul medical.

În general, tratamentul chirurgical al proceselor inflamatorii genitale se va indica numai dacă tratamentul medical, bine aplicat un timp îndelungat, a eşuat.

Operaţiile chirurgicale sînt *de urgenţă* şi *tardive*.

Colecţiile purulente cu fenomene generale alarmante, rupturile spontane ale colecţiilor purulente în abdomen, peritonita generalizată de origine genitală, îmbracă un caracter de mare urgenţă.

În cadrul operaţiilor tardive amintim *intervenţiile radicale*: histerectomia subtotală şi totală, pentru leziuni anexiale cu leziuni suspecte la nivelul colului uterin. În cadrul intervenţiilor *conservatoare* se păstrează funcţia endocrină a ovarului şi uterul. Astfel de intervenţii sînt: *anexectomia* unilaterală, *salpingectomia* uni sau bilaterală, precum şi *miomectomiile*.

Salpingectomia unilaterală, de urgenţă, se practică în sarcina extrauterină tubară ruptă, cu inundaţie peritoneală. Trompa se extirpă secţionînd în mod succesiv mezosalpingele, după ce a fost pensat cît mai aproape de organ. Se ligaturează pediculul vascular mezosalpingian, apoi se peritonizează această suprafaţă cu ajutorul ligamentului rotund.

Operaţiile plastice tubare, fiind descrise la capitolul sterilităţii feminine, nu vor mai fi amintite aici.

Scanned with OKEN Scanner

ELEMENTE DE PROCTOLOGIE GINECOLOGICĂ

Ne referim la aspectele patologice cu localizare ano-rectală, care pot fi determinate, influenţate sau agravate de modificările hormonale, starea de graviditate şi actul naşterii, sau afecţiunile inflamatorii ale tractului genital inferior la femeie.

PRURITUL ANAL

Este un simptom supărător ce neliniştește bolnava, mai ales în timpul nopţii sau repausului, determinînd reacţii „de stopaj", prin excitaţie supraliminară dureroasă ocazionată de grataj. Prin *grataj* se favorizează infecţia şi *exema* peri-anală, ce complică în plus suferinţa. Pruritul anal este cauzat de factori multipli, unii dintre ei necunoscuţi. Printre cauzele *generale* se menţionează boli ca: diabetul zaharat, boli de sistem, icter, stări alergice (dermatită, eczemă) şi uneori tulburări hormonale (deficit de estrogeni). Dintre *cauzele locale* amintim: igiena deficitară a regiunii anale, infestaţii parazitare şi micotice (oxiuri, trichomonas), hemoroizi, fisuri anale, fistule recto-vaginale, incontinenţă urinară, incontinenţă de fecale etc.

Pe lîngă *tratamentul* etiologic se impun o serie de măsuri terapeutice de ordin general şi local.

a) *măsuri generale* — menţinerea regiunii anale şi perianale cît mai curată, fără utilizarea detergenţilor şi săpunurilor;

— evitarea diareei şi constipaţiei, prin regim igieno-dietetic şi activităţi fizice;

— desecarea regiunii anale şi perianale prin pudrare cu pudră de talc (a nu se folosi uleiul de parafină pentru combaterea constipaţiei pentru că menţine regiunea anală umedă);

— administrare de sedative pe cale orală (tranchilizante): napoton 2×1 tablete/zi, diazepan (0,010 g) 1 tabletă/zi seara la culcare, antihistaminice (romergan) 1—2 tablete/zi.

b) *tratament local* — aplicarea de unguente cu conţinut de hidrocortizon 1%.

În cazul pruritului anal, presupus ca fiind cauzat de un deficit de estrogeni, se mai adaugă 0,5 mg dietilstilbestrol pentru 1 supozitor. A nu se folosi anestezice în unguente sau supozitoare, întrucît favorizează reacţii alergice.

PROCTALGIA FUGACE

Se caracterizează prin *tenesme rectale* violente, de durată scurtă, însoţite de transpiraţii, agitaţii şi uneori colaps. Apare mai frecvent premenstrual. Etiologia este necunoscută. Se pare că ar fi determinată de staza venoasă pelviană, cu congestia consecutivă a mucoasei rectale.

Diagnosticul pozitiv se face prin anamneză, examen coprologic, anoscopie şi recto-sigmoidoscopie.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul diferențial se face cu tromboza hemoroidală, fisuri anale, abces anal, stricturi recto-sigmoidiene, coccigodinie etc.

Tratamentul constă din sedative, clismă joasă cu lichide calde (200—300 ml ser fiziologic).

În caz de recidivă se recomandă injecții submucoase, în patru puncte, la un cm sub joncțiunea sigmoido-rectală, din soluția *4% fenol în 50% glicerină* în apă — din care se folosește cîte 1 ml pentru fiecare injecție.

HEMOROIZII

Hemoroizii reprezintă afecțiunea cea mai frecventă ano-rectală, la femeile cu un teren ereditar predispozant. La cele mai multe, afecțiunea apare în timpul sarcinii sau nașterii, cînd se favorizează constipația și staza venoasă.

Simptome: rectoragie de grade diferite, cu ocazia defecării, durere, prurit anal, venectazii (în afara sau înăuntrul sfincterului anal).

Diagnosticul se face prin: inspecția regiunii anale, anoscopie, rectosigmoidoscopie, examen coprologic.

A nu se eticheta orice rectoragie ca fiind cauzată de hemoroizi, pînă nu am exclus cauzele generale (boli de sistem) precum și formațiuni tumorale (cancerul anal și recto-sigmoidian).

Complicațiile sînt: hemoragie persistentă ce duce la anemie feriprivă, tromboza hemoroidală, inflamația hemoroidală.

Tratamentul profilactic: evitarea constipației, evitarea congestiei ano-rectale (cauzate de sedentarism) prin plimbări zilnice și gimnastică; reglementarea reflexă a scaunelor, dimineața la sculare, fără a depăși un interval de două zile.

Tratamentul curativ. Se recomandă o igienă locală, cît mai atentă după fiecare scaun, băi calde de șezut, aplicații locale, sub formă de pomezi sau supozitoare cu conținut antiinflamator: vasoconstrictor și anestezic (hemorsal, hemorson 3×1 supozitoare pe zi). În caz de accentuare a ectaziilor și a complicațiilor se recomandă *hemoroidectomie,* după sistarea procesului inflamator. În caz de hemoroid *extern trombozat,* se recomandă *trombectomie,* sub anestezie locală.

FISURILE ANALE

Sînt ulcerații lineare ale mucoasei anale, cu extindere și profunzime variabilă, în funcție de vechimea leziunii. *Cauzele* pot fi: constipația, factori endocrini (unele femei prezintă fisuri acute periodic, premenstrual).

Simptomele constau în dureri anale vii în timpul și după defecare. Acestea determină spasme ano-rectale, ce favorizează constipația (mecanism de cerc vicios), rectoragia în timpul și după defecare, prurit anal.

Diagnosticul se face prin inspecție, tușeu rectal, anoscopie, rectosigmoidoscopie.

Tratamentul constă în combaterea constipației, igienă locală după fiecare scaun, unguente locale cu conținut bactericid, antiinflamator, anestezic și epitelizant, băi calde de șezut, dilatare anală sub anestezie generală, urmat de tratament local, în cazul fisurilor anale cronice, combaterea dezechilibrului funcțional hor-

Scanned with OKEN Scanner

monal prin tratament ciclic cu progestative de sinteză (în cazul fisurilor anale ciclice premenstruale).

CONDILOAMELE ACUMINATE

Sînt asociate frecvent celor vulvovaginale. Au localizare perianală și în canalul ano-rectal.

Etiologie. Umiditatea mucoasei anale și a tegumentelor perianale cauzată de leucoree abundentă și persistentă, cu igienă deficitară a regiunii perineale, constituie factor favorizant pentru localizarea virusului cauzator al acestor tumorete.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu condiloamele late de natură sifilitică.

Tratamentul constă din tratarea cauzei ce favorizează leucoreea, igienă locală, aplicare de soluție podofilin 25% în tinctură benzoică, strict peste tumorete. Fixarea soluției pe tumoretă se face prin aplicarea de pudră de talc, electrocauterizare.

ENDOMETRIOZA

Țesutul endometrial ectopic (glande, stromă și fagocite subepiteliale pline cu hemosiderină), poate avea localizare în septul recto-vaginal, mucoasa rectală și intestinul terminal. La inspecție și palpare se remarcă prezența unor noduli de aspect violaceu. Durerea și rectoragia clinică premenstrual și în timpul menstruației, ne face să ne gîndim la această afecțiune.

Diagnosticul se face prin: examen clinic, rectosigmoidoscopie și biopsie.

Tratamentul: nodulii mici pot fi extirpați chirurgical; în cazurile de tumori infiltrative mai extinse, se instituie tratament hormonal cu progestative de sinteză administrate ciclic (ameliorează simptomele), metiltestosteron 5 mg/zi timp de șase luni (pot apare efecte secundare, ca hirsutism și acnee), Karnaki a obținut rezultate foarte bune prin utilizarea dietilstilbestrolului în doze crescînde și continuu (se începe cu 1 mg/zi și se crește doza cu cîte 1 mg în momentul apariției metroragiei). Se sistează ciclurile menstruale, prin inhibarea funcției ovariene, inhibînd factorii hipotalamici de eliminare a gonadotrofinelor hipofizare.

INCONTINENȚA ANALĂ

Este o complicație gravă și supărătoare, determinată de ruptura completă de perineu și a mucoasei anorectale, pe o întindere variabilă, în cursul nașterii. Ea mai poate fi determinată de operații sau tulburări nervoase (leziuni la nivelul măduvei S_2, S_4).

Incontinența anală pentru materii fecale și gaze poate fi completă sau parțială, în funcție de gradul leziunii sfincteriene.

Diagnosticul se realizează prin o anamneză, inspecția regiunii perineale. Tușeul anal decelează ineficiența sfincterului anal (solicitînd bolnava să contracte sfincterul anal în timpul tușeului rectal, nu simțim constricție). Tot cu ocazia tușeului anal se constată soluția de continuitate la nivelul perineului și întinderea ei.

Profilaxia se face prin conducerea competentă a expulziei cu apărarea perineului, episiotomie profilactică, sutura strict strat la strat, cu identificarea precisă a capetelor inelului sfincterian intern și a mușchiului transvers superficial, controlul prin tușeu rectal a eficienței sfincterului anal, după terminarea perineorafiei.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul curativ: intervenţie chirurgicală.

Fistulele recto-vaginale — vezi fistulele stercorale.

ANORECTITA GONOCOCICĂ

Localizarea gonocolului în regiunea ano-rectală este rezultatul extinderii infecţiei din regiunea vulvo-vaginală. *Diagnosticul* se bazează pe o anamneză, examen clinic, examenul secreţiei vaginale şi rectale, frotiu şi însămînţări.

Tratamentul trebuie să fie energic cu penicilină, în doze mari de atac (4.500.000 u. i.m. ca doză iniţială, urmat de un tratament zilnic de 1.600.000 u. timp de 4—5 zile). Prin acest tratament se obţine vindecarea în procent de 100%. Să nu uităm că gonococii pot rămîne virulenţi mult timp, în plicurile ano-rectale, cu posibilităţi de reinfecţie genitală.

SIFILISUL ANO-RECTAL

Se prezintă fie ca şancru primitiv, condiloame, ulceraţii superficiale sau plăci mucoase (sifilis secundar), sau sub formă de gome sifilitice (sifilis terţiar).

Şancrul primitiv trebuie diferenţiat de şancrul produs de streptobacilul Ducrey, în vederea tratamentului. Bacilul Ducrey contaminează regiunea anală, fie în timpul actului sexual sau prin extindere de la o leziune vulvară. Produce ulceraţii de mărimi variabile dureroase, care se tratează cu sulfamide sau antibiotice cu spectru larg.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. Aburel, E. şi colab., *Ginecologia,* Ed. Med., Buc., 1959
2. Aburel, E., Popescu D. D., *Tulburările de sensibilitate ale aparatului genital, Ginecologia,* Ed. Med., Buc., 1959.
3. Aburel, E., Streja, E., *Infecţiile aparatului genital feminin* în *Ginecologia,* Ed. Med., Buc., 1959.
4. Aburel, E., *Cancerul de col uterin,* Ed. Med., Buc., 1960.
5. Aburel, E., Petrescu V. D., *La tuberculose gen. de la femme,* Ed. Med., Buc., Ed. Masson, Paris, 1970.
6. Alecu T. Ungureanu, *Cum tratăm leziunile colului uterin,* Ed. Med., Buc., 1968.
7. Alessandrescu D., Teodoru, *Investigaţia clinică şi de laborator* în *Ginecologia,* Ed. Med., Buc., 1959.
8. Alessandrescu, D., Luca, V., *Fiziologia aparatului genital, Ginecologia,* Ed. Med., Buc., 1959.
9. Alessandrescu, D., Luca, V., Pascu, F., Iliescu, L., *Atlas de colposcopie,* Ed. Med. Buc., 1962.
10. Angelescu A., *Infecţiile bacteriene acute,* Ed. Med., Buc., 1969.
11. Artz, C. P., Hardy J. D., *Complicaţiile în chirurgie şi tratamentul lor,* Ed. Med. Buc., 1969.
12. Baciu, I., *Fiziologia,* Ed. didactică şi pedag., Buc., 1970.
13. Baciu, I. şi colab., *Coordonări senzorio-motorii în raport cu vîrsta,* în *Biologie şi Vîrstă,* Ed. Dacia, Cluj, 1971, p. 93.
14. Baciu, I. şi col., *Reglări vegetative în raport cu vîrsta,* în *Biologie şi Vîrstă,* Ed. Dacia, Cluj, 1971, p. 77.
15. Baciu, I., *Fiziologia în viaţa omului contemporan,* Ed. Dacia, Cluj, 1971.
16. Bădărău L., *Examen citovaginal hormonal,* Ed. Med., Buc., 1958.
17. Balş, M., *Terapia infecţiei,* Ed. Med., Buc., 1972.
18. Băltescu, VL. P. şi col., *Probleme de ginecologie oncologică ale femeii în vîrstă.* Comunicare U.S.S.M., Soc. Obstetrică-Ginecologie, Buc., 7 dec. 1972.
19. Băltescu VL. P. şi col., *Pseudohermafroditismul androginoid.* Congresul Naţional de Endocrinologie, Buc., 26 sept. 1972.
20. Băltescu, VL. P. şi col., *Valoarea explorării citologice în diagnosticul cancerului genital,* Comunicare la Consfătuirea U.S.S.M., Oradea, 15—16 dec. 1967.
21. Benson R. C., *Handbook of obst.-gyn.,* Los-Altos — Oxford and Edinburgh, 1971.
22. Berjer, J., *Gestes et procédés techniques de chirurgie génêrale,* Ed. Masson, Paris, 1936.
23. Berand, Th., Medicine et Hygiène, 1052, 1973, p. 629.
24. Best, C. H., Taylor, N. B., *Bazele fiziologice ale practicii medicale,* Ed. Med., Buc., 1958.
25. Bourg R., *Chirurgie fonctionnelle gynécologique,* Ed. Masson, Paris, 1947
26. Bourg, R., Gampel, C., Pundel, J. P., *Diagnostic cytologique du cancer génital chez la femme,* Ed. Masson, Paris, 1954.
27. Bourj-Hayler, Cl. et Cohen, I., *Phisiologie gynecologique,* Ed. Masson et Cie, Paris, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

62. Djian, R., et. col., Rev. Francaise de Gynec. et d'Obstétrique, 69, 4/1974, p. 239.
63. Dobrovici, V., Lăzărescu, Gh. *Tumorile aparatului genital* în *Ginecologia*, Ed. Med., Buc., 1959.
64. Döderlein G., Mestwerdt G., Göltner E., *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1973.
65. Duda, E., Stoicoviciu, R., Toader, A., Rev. Obst. şi ginec., 3, 1972.
66. *Encyclopedie medico-chirurgicale, Gynecologie*, Paris.
67. Engelmann, Ph. et. col., Rev. Francaise de Gyn, et d'Obst., Paris, 69, 4, 1974, p. 247.
68. Falk, H. C., *Urologic injuries in gynecology*, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1964.
69. Faure, J. L., Siredey, A., *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, Ed. Doin, Paris, 1929.
70. Filipescu I. şi colab., *Ginecologie infantilă*, Ed. Med., Buc., 1969.
71. Filipescu I. şi colab., *Breviar de obstetrică şi ginecologie*, Ed. Med., Buc., 1972.
72. Fodor, O., *Biologia moleculară şi medicina modernă*, vol. I şi II, Ed. Med., Buc., 1969—1971.
73. Fodor, O. şi colab., *Tratat elementar de medicină internă*, Ed. Dacia, Cluj, 1972.
74. Fodor, O., *Biologie şi Vîrstă*, Ed. Dacia, Cluj, 1971.
75. Fronescu, E., *Erori de diagnostic în medicina internă*, Ed. Med., Buc., 1970.
76. Funk-Brentano, P., Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1—2. 1956.
77. Funk-Brentano, P., Rev. Gynéc. et Obstet., 1. 1960, p. 5—16.
78. Ganse, R., *Introducere în colposcopie cu ajutorul colpofotogramelor*, Ed. Med., Buc., vol. I—II, III, 1953.
79. Ganse, R., Zbl, Gynäk., 25, 1959.
80. Gempel, Claude, *Anatomie pathologique, gynecologique et obstétricale*, Bruxelles, 1963.
81. Georgescu, I. şi colab., *Explorarea funcţiei ovariene*, Ed. Med., Buc., 1960.
82. Gerota, D., *Explorarea chirurgicală a abdomenului*, Ed. Med., Buc., 1969.
83. Gheorghiu, N. N., *Principalele simptome în ginecologie*, în *Ginecologia*, Ed. Med., Buc., 1959.
84. Goetze, E., *Fiziopatologie*, Ed. Med., Buc., 1963.
85. Goia, I., *Propedeutica medicală*, Ed. did. şi ped., Buc., 1964.
86. Gorins, A., Gazette med. de France, 77, 28, 170, p. 5995.
87. Graham M. Ruth, *The cytologic diagnosis of cancer*, Ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1963.
88. Grawel, H., *Tineret, sexualitate, educaţie*, Ed. didactică şi pedag., Buc., 1971.
89. Halter, G., *Atypische gynäkologische Operationen*, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1972.
90. Hărăguş, St., *Arteriopatiile cronice obliterante ale membrelor inferioare*, Ed. Dacia, Cluj, 1973.
91. Hartmann, H., *Gynécologie opératoire*, Ed. Masson, Paris, 1933.
92. Heglin, R., *Diagnostic diferenţial al bolilor interne*, Ed. Med., Buc., 1968.
93. Hinselmann, H., Bull. Fed. Gynéc. Obstet. Franç., 6, 4, 1954, p. 559.
94. Iagnov I. şi col., *Angiologie, neurologie şi anatomia aparatului locomotor*, Ed. Med., Buc., 1959.
95. Ionescu-Amza, G. şi col., *Vademecum terapeutic*, Ed. Med., Buc., 1971.
96. Ionescu, I., *Gimnastica medicală*, Ed. Med., Buc., 1964.
97. Jean Brachet, La Recherche, 4, 30, 1973, p. 76.
98. Jean Pierre Martin, *Proteine fetale en cancer*, La Recherche, 4, 30, 1973, p. 76.

Scanned with OKEN Scanner

135. Munteanu, L., *Valoarea terapeutică a turbei de Stobor în afecțiunile inflamatorii ale aparatului genital feminin*, Teză de doctorat, IMF Cluj, 1974.
136. Nana, A., *Chirurgie*, 1970.
137. Nana, A., Mircioiu, C., *Dificultăți și erori de diagnostic în abdomenul acut*, Raport la Consf. USSM, Secția Chirurgie, Cluj, 26 mai 1973.
138. Necula, S. și col., *Radioterapia funcțională și antiinflamatorie*, Ed. Med. Buc., 1964.
139. Negoiță, C., Rev. Medico-chirurgicală, nr. 3, Iași, 1965.
140. Nicolau, St. S., Elisabeta Nastac, *Virusuri și tumori*, Ed. Acad. RSR, Buc., 1968.
142. Orcel, L. et col., Rev. Francaise de Gynec. et d'Obstetrique, tom. 69, nr. 4, 1974, p. 229.
142. Palmer, R., Palmer, E., *Les explorations fonctionnelles gynécologiques*, Ed. Masson, Paris, 1963.
143. Pandele, A., Popescu, C., *Boli ginecologice și obstetricale, Vademecum terap*, Ed. Med., Buc., 1971.
144. Papilian V., *Tratat elementar de anatomie umană descriptivă și topografică*, Ed. Dacia Traiană, Sibiu, 1946.
145. Pavel, I., Pieptea, R., *Diabetul*, Ed. Med. Buc., 1965.
146. Petroșanu, I., și col., Buletinul de oncologie, nr. 1, 1955, p. 65.
147. Popa, G., *Citodiagnosticul prin puncție în practica medicală*, Ed. Med., Buc., 1971.
148. Popescu, D., Mărgineanu, N., *Cancerul colului uterin*, Consfătuirea pe țară din 3—5 febr. 1956, p. 113—117.
149. Popescu, D., Nubert, I., Rev. Obst. și ginec., 4, 1971.
150. Popescu, D., Lambescu, A., *Urgențe în obstetrică și ginecologie*, Ed. Med., Buc., 1971.
151. Popoviciu, Tr., *Tratamentul chirurgical al prolapsului uterin prin procedeul Grigoriu*, Cluj, 1931.
152. Pozzi, S., *Traité de gynécologie*, Paris, 1898.
153. Prade, M. et col., Rev. Francaise de Gynec. et d'Obst., 69, 4, 1974, p. 223.
154. Predescu, V., *Terapie psihotropă*, Ed, Med., Buc., 1973.
155. Pschyrembel, W., *Praktische Gynäkologie*, Ed. W. de Gruyter et Co., Berlin, 1968.
156. Raicu, P., *Genetica*, Ed. did. și ped., Buc., 1966.
157. Roy, O. Greep, *Human fertility and popolation problems*, Cambridge, 1963.
158. Riga, I. Th., *Curs de Anatomie topografică umană cu aplicații clinice și chirurgie operatorie și experimentală*, Lit. IMF, Buc., 1958.
159. Roman, C., Gazette med. de France, 77, 28, p. 6005.
160. Rouviér, P., *Anatomie humaine descriptive et topographique*, Paris, 1959.
161. Runge, H., Congr. int. Gynec. et Obstet. Geneva, 1954, p. 84—93.
162. Rusu, O., Vinți, I., *Actualitatea și perspectivele ginecologiei infantile*, în vol. Consfătuire de ginecologie și obst., Borsec, Tg. Mureș, 1966.
163. Rusu, O., Revista medicală, Tg. Mureș, nr. 1, 1967.
164. Rusu, O. și col., Revista Medicală, Tg. Mureș, nr. 3—4, 1967.
165. Rusu, O., Veriș, B., *Histerectomie totală sau subtotală?* vol. Congresul de ginecologie și obst., Buc., 1969.
166. Rusu, O., Negruț, I., *Prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale*, I. P. Cluj, 1971.
167. Rusu, O. și col., Clujul Medical nr. 2, 1971.
168. Rusu, O. și col., Rev. Obst, și ginecologie, Buc., 4, 1971.
169. Rusu, O., *Curs de ginecologie*, Lit. IMF, Cluj, 1971.
170. Rusu, O. și col., *Diagnosticul precoce al cancerului uterin* în Consfătuirea USSM, Buc., 8.XII.1972.
171. Rusu, O., *Noțiuni de introducere în practica colposcopiei*, Comunicare USSM, Cluj, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

209. Vago, O., Elias, P., *Inflamaţiile aparatului genital feminin*, Ed. Med., Buc., 1958.
210. Vago, O., *Hemoragiile genitale la femeie*, Ed. Med., Buc., 1967.
211. Vasiliu, V., Nagîi, N., *Ginecopatiile în practica medicală*, Ed. Med., Buc., 1966.
212. Vasiu, E., Tîrşia, E., Rev. Obst. şi ginec., 4, 1972.
213. Vensmer, G., *Noua carte a sănătăţii*, Ed. Med., Buc., 1970.
214. Veriş, B., *Metodologia, posibilităţile şi limitele celioscopiei în afecţiunile ginecologice*, Teză de doctorat, IMF Cluj, 1973.
215. Vinţi, I., *Terapeutica ginecologică*, Ed. Med.. Buc.. 1958.
216. Vinţi. I., *Adolescentul de azi, familia de mîine*, Ed. Dacia, Cluj, 1973.
217. Vlad, C., *Afecţiunile urinare*, Ed. Med., Buc., 1973.
218. Vogt, E., *Operative Gynäkologie*, Jena, 1952.
219. Watteville, H., Bul. Féd. Obst. et Gynec., nr. 1 bis, 1970, p. 211.
220. Winter, G., *Lehrbuch der Gynäkologie*, Ed. Hirzel, Leipzig, 1896.
221. Winkler, H., *Propedeutică, obstetrică şi ginecologie*, Ed. Marburg, 1940.
222. Zaharova, L. B., Vopr. Onkol., 1959, 5, 538—601.
223. Zosin, C., Fries, D., *Sindromul nefrotic*, Ed. Med., Buc., 1968.
224. Zosin, L., *Noţiuni de înţelegere a laboratorului în ginecologie şi obstetrică*, Ed. Med., Buc., 1962.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Prefață 5
OBIECTUL ȘI ISTORICUL GINECOLOGIEI ȘI OBSTETRICII . . . 7
NOȚIUNI DE MORFOFIZIOLOGIE A ORGANELOR GENITALE FEMININE 11
Anatomia 11
Noțiuni de embriologie . 11
Anatomia organelor genitale 12
Vascularizația organelor genitale 18
Inervația aparatului genital feminin 20
Mijloacele de fixare ale uterului 22
Anatomia glandei mamare 24
Fiziologia 26
Ciclul genito-mamar. Hormonii și corelațiile neurohormonale 26
Ciclul hipofizar . . . 26
Ciclul ovarian 27
Ciclul uterin 31
Ciclul vaginal 36
Ciclul mamar 37
Ciclul general 37
ETAPELE FIZIOLOGICE ALE FEMEII 39
Pubertatea și menopauza . . 39
Pubertatea normală . . 39
Pubertatea patologică . . 40
Menopauza 41
Senescența 43
SIMPTOMELE PRINCIPALE ÎN GINECOLOGIE 44
Durerea 44
Leucoreea 47
Hemoragia 48
EXAMENUL GINECOLOGIC . . . 50
Anamneza 50
Istoricul bolii 51
Examenul fizic ginecologic . 51
Examinările paraclinice . . 56
Histerometria 56
Puncția fundurilor de sac vaginale 56
Biopsia simplă 57
Amputația de col uterin . 58
Biopsia funcțională a endometrului 58
Insuflația tubară . . . 58
Injectarea de substanțe colorante 59
Explorarea radiologică . 59
Celioscopia 59
Culdoscopia 60
Colposcopia 60
Investigațiile citologice ale conținutului vaginal . 64
MALFORMAȚIILE APARATULUI GENITO-MAMAR 67
Dezvoltarea organelor genitale 67
Malformațiile genito-mamare congenitale 68
Etiopatogenie 68
Malformațiile vulvei . 69
Malformațiile himenului 69
Malformațiile clitorisului 69
Malformațiile uretrei . 69
Malformațiile vaginului 69
Malformațiile uterului . 70
Malformațiile trompelor 71
Malformațiile ovarelor . 71
Hihoplazia genitală sau infantilismul 71
Hermafroditismul . . 72
Anomaliile mamare . . 73

Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRILE DE SENSIBILITATE ŞI SEXUALITATE LA FEMEI 74
Instinctul sexual şi plăcerea sexuală 74
Hiperexcitaţia sexuală . 74
Deviaţiile sexuale . . . 75
Frigiditatea 75
TULBURĂRI DE FLUX MENSTRUAL 78
Tulburările de flux menstrual prin insuficienţă 78
Hipomenoreea 78
Oligomenoreea 79
Amenoreea 80
Tulburări de flux menstrual prin exces 83
Menoragia 83
Hipermenoreea . . . 85
Polimenoreea 85
INFECŢIILE APARATULUI GENITAL FEMININ 86
Generalităţi 86
Etiologia 86
Patogenia 88
Infecţiile nespecifice 88
Vulvitele 88
Bartholinitele 90
Vaginitele (colpitele) . . 91
Metritele 94
Anexitele 97
Pelviperitonitele . . . 99
Celulitele pelviene . . 100
Infecţiile specifice 101
Tuberculoza genitală . 101
MODIFICĂRILE DE STATICĂ ALE ORGANELOR GENITALE . . . 106
Deviaţiile uterine 106
Deplasările uterului 109
Inversiunea uterină 113
AFECŢIUNILE URINARE ÎN GINECOLOGIE 115
Propagarea infecţioasă . . . 115
Propagarea neoplazică . . . 116
Compresiunea căilor urinare . 116
Decompresiune sau relaxarea musculară 117
Traumatismele terapeutice . . 118
Cistopatiile hormonale . . . 118
INCONTINENŢA URINARĂ DE EFORT 119
FISTULELE GENITALE 123
Fistulele urinare 123
Fistulele vezicale . . . 123
Fistulele uretro-vaginale 125
Fistulele ureterului . . 125
Fistulele stercorale 126
Fistulele recto-vaginale . 126
Fistulele entero-vaginale 127
TUMORILE GENITALE 128
Tumorile benigne 128
Tumorile benigne ale vulvei şi ale vaginului 128
Stările precanceroase ale vulvei şi vaginului . . 129
Tumorile benigne ale uterului 131
Fibromiomul uterin . . 131
Fibromul uterin şi sarcina 136
Endometrioza 138
Tumori genitale maligne . . 140
Tumori maligne vulvare 140
Cancerul uterin . . . 142
Cancerul colului uterin . 142
Cancerul corpului uterin 149
Tumorile ovariene 152
Tumorile chistice . . . 153
Chistul mucoid 153
Chistul dermoid . . . 154
Chistul seros 155
Tumorile vegetante 156
Tumorile solide 157
Tumorile epiteliale benigne 157
Tumorile epiteliale maligne 157
Tumorile conjunctive benigne 158
Tumorile conjunctive maligne 158
Teratoame maligne . . 158
Tumorile cu funcţie endocrină 158
Tumorile feminizante . 159
Tumorile masculinizante 159
Tumori endocrine cu malignitate relativă . . 160
Chistele ovariene de retenţie . 160
Chistul folicular . . . 160

Scanned with OKEN Scanner

Chistul luteinic . . . 161
STERILITATEA FEMININĂ . . . 163
Etiopatogenia 164
Diagnosticul 169
Tratamentul 172
ASPECTE ALE CONTRACEPȚIEI 175
Mijloace biologice 175
Mijloace mecanice 177
Mijloace chimice 178
NOȚIUNI DE GINECOLOGIE INFANTILĂ 179
TULBURĂRILE PERIOADEI PUBERTARE 182
IGIENA APARATULUI GENITAL ȘI IGIENA SEXUALĂ A FEMEII . 185
TRATAMENTUL CONSERVATIV ÎN AFECȚIUNILE GINECOLOGICE 187
Medicația antiinfecțioasă . . 187
Tratamentul hormonal . . . 189
Terapeutica locală 192
Electroterapia 193
Balneofizioterapia 195
Climatoterapia 196
CULTURA FIZICĂ ÎN GINECOLOGIE 197
TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN GINECOLOGIE 201
Intervenții mai frecvente în ginecologie 204
Intervenții pe regiunea vulvară 204
Intervenții pe vagin . . 204
Tratamentul chirurgical al tulburărilor de statică uterină 205
Tratamentul chirurgical al tumorilor genitale interne 206
Tratamentul chirurgical în metroanexite . . . 207
ELEMENTE DE PROCTOLOGIE GINECOLOGICĂ 209
Pruritul anal 209
Proctalgia fugace . . . 209
Hemoroizii 210
Fisurile anale 210
Condiloamele acuminate 211
Endometrioza 211
Incontinența anală . . 211
Anorectita gonococică . 212
Sifilisul ano-rectal . . 212
Bibliografie 213

REDACTOR: FELICIA TEODOR. TEHNOREDACTOR: A. MOLNAR. APĂRUT: 1974. BUN DE TIPAR: 08.12.1974. COMANDA NR.: 1189. COLI DE TIPAR: 13,875. TIRAJ: 7100+90 EX. LEGATE. HÎRTIA: VELINĂ DE 80 G/M². FORMAT: 16/70×100. C. Z. PENTRU BIBLIOTECI: 618. TIPARUL EXECUTAT SUB COMANDA NR. 605/1974. LA ÎNTREPRINDEREA POLIGRAFICĂ CLUJ-NAPOCA STR. BRASSAI NR. 5—7. REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA

Scanned with OKEN Scanner